

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (MAPSI)**

SILVANA VIANA ANDRADE

**A REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL DE PORTO
VELHO E A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

**PORTO VELHO
2013**

SILVANA VIANA ANDRADE

**A REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL DE PORTO
VELHO E A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (MAPSI) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), como parte do requisito para a obtenção do título de mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais

Orientador: Dr. José Juliano Cedaro

**PORTO VELHO
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

A5434r

Andrade, Silvana Viana

A rede de atendimento em saúde mental de Porto Velho e atuação da psicologia: desafios e perspectivas / Silvana Viana Andrade. Porto Velho, Rondônia, 2013.
102f.

Orientador: Prof. Dr. José Juliano Cedaro

Dissertação (Mestrado em Psicologia) Fundação Universidade Federal de Rondônia / UNIR.

1. Saúde mental 2. Psicologia 3. Redes de saúde 4. Políticas públicas I. Cedaro, José Juliano II. Título.

CDU: 159.9:613.86(811.1)

Bibliotecária Responsável: Ozelina Saldanha CRB11/947

**A REDE DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL DE PORTO VELHO E A
ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

SILVANA VIANA ANDRADE

BANCA EXAMINADORA

Dr. José Juliano Cedaro (orientador)

Instituição: Universidade Federal de Rondônia (UNIR)


Programa: Programa de Pós-Graduação em Psicologia (MAPSI)

Assinatura: 

Dra. Maria Luísa Sandoval Schmidt

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Programa: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Assinatura: 

Dra. Adailde Carvalho de Miranda

Instituição: Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Programa:

Assinatura: 

Data da Defesa: 27/08/2013.

Aos profissionais que estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos que atuam nas instituições de saúde mental, onde diariamente praticam diversas formas de cuidado, lutando, muitas vezes, contra as adversidades que se apresentam, no intuito de oferecer um tratamento digno e de qualidade às milhares de pessoas que estão em sofrimento mental.

AGRADECIMENTOS

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
(Gonzaguinha- Caminhos do Coração)*

Com o trecho dessa bela música do Gonzaguinha inicio os agradecimentos “a tanta diferente gente” que marcou, ensinou, apoiou e torceu por mim, deixando suas “lições diárias” no percurso dessa etapa.

Agradeço a Deus, por estar SEMPRE comigo.

Ao meu orientador José Juliano Cedaro, um exemplo de profissional a ser seguido: competente, criterioso, cuidadoso, com quem aprendi que o saber deve transformar as pessoas no sentido, principalmente, da humildade.

Aos meus pais Alberto e Eva e aos meus irmãos Fernanda e Pedro, que mesmo distantes conseguiram se fazer presentes em todos os momentos em que mais precisei. O apoio e amor irrestrito dessa família se traduzem na conclusão deste trabalho.

Ao Fábio, por nosso encontro de vida. Um companheiro, amigo, um ser especial que me incentivou, compreendeu, me acolheu nas minhas angústias, inseguranças, medos e vibrou a cada conquista. O seu amor e compreensão me fizeram e continuam a me fazer mais forte. Sou muito feliz por ter você ao meu lado. Essa conquista é nossa!

À minha querida avó Ana, pelo exemplo de mulher que representa na minha vida. Obrigada pelo amor, cuidado, carinho e pelas orações constantes.

Aos familiares e amigos, que mesmo distantes emanaram boas energias, orações e palavras de incentivo.

Às colegas Anélia, Cristiane, Keila, Liliane e Taís pelos momentos em que compartilhamos anseios, angústias e também boas risadas.

À Clara Miranda e a toda sua família: Carla, Valdeck e Gabriela, pela bela amizade que construímos ao longo desses dois anos, que perdurará por toda a vida. Não há atitudes que possam retribuir o acolhimento, hospitalidade, carinho e cuidado que dispensaram a mim. Os meus dias em Porto Velho não seriam os mesmos sem vocês.

Aos professores do MAPSI, pelos ensinamentos e dedicação, em especial à Neusa Tezzari, que, com toda a sua competência e sensibilidade, não nos deixou esquecer que a vida

não para durante o mestrado e que além da dedicação aos estudos era necessário cuidar de nós mesmos e dos que amávamos.

Aos professores da banca de qualificação: Luís Alberto Lourenço de Matos, Maria Luísa Sandoval Schmidt e João Leite Ferreira Neto, que trouxeram com olhares cuidadosos, contribuições valiosas para a continuidade do trabalho.

Aos profissionais e gestores das instituições de saúde mental de Porto Velho, que gentilmente colaboraram com a pesquisa cedendo o seu tempo e atenção de maneira tão solícita.

Agradeço a todos os usuários e à equipe que fundou o CAPS I José Menezes, no município de Belo Campo- BA, em especial Jussara, Maria de Lourdes e Maristela. Todas as experiências que vivenciei e compartilhei nessa instituição foram, sem dúvida, inspiração e motivação para a realização desta pesquisa.

À Universidade Federal de Rondônia (UNIR) pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento e incentivo à realização de pesquisas no Brasil.

Enfim, uma rede possui um valor para múltiplos usos: pode servir para acomodar um corpo cansado que necessita de instantes de repouso; uma rede pode delimitar dois lados de um território e dar contornos para um bom jogo; uma rede pode nos ligar com muitas outras pessoas para que possamos nos comunicar e compartilhar nossas emoções; pode servir para produzir um cordão de gestos de solidariedade em um difícil momento para alguém; uma rede pode aparar a queda do corpo de um trapezista que ousou um salto mais arriscado; uma rede pode ajudar a criar ações coletivas de transformação. Mas devemos tomar cuidado, pois uma rede pode ser também uma armadilha, feita para capturar, para aprisionar. Mas ainda bem que redes assim, dificilmente capturam o vento das idéias.

Silvio Yasui (2006, p. 147)¹

¹ YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tese de Doutorado. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

RESUMO

ANDRADE, Silvana Viana. **A rede de atendimento em saúde mental de Porto Velho e a atuação da Psicologia: desafios e perspectivas.** 102 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Núcleo de Saúde. Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2013.

Esta pesquisa teve como intuito compreender a atuação da Psicologia na rede de saúde mental de Porto Velho, buscando explorar suas ações, bem como a formação do psicólogo para atuação nesse âmbito. Foi desenvolvida dentro da abordagem qualitativa e utilizou-se como instrumento metodológico a entrevista semiestruturada, realizada com os profissionais de Psicologia, coordenadores de instituições e gestores da saúde mental nos âmbitos estadual e municipal na tentativa de compreender a estruturação da rede, observando o funcionamento das instituições que a compõem e finalmente as ações da Psicologia nesse contexto. Enfatizou-se por meio dos relatos dos profissionais entrevistados a inserção e atuação da Psicologia na saúde mental, destacando a formação acadêmica, ainda considerada descontextualizada para tal atuação, e o alcance de suas ações pouco expressivas, levando em consideração os aspectos preconizados pelo cuidado psicossocial. A estruturação da rede de saúde mental se configura aquém da demanda, pouco articulada com as demais instituições de saúde e a intersetorialidade acontece de forma tímida. Porém, ressaltam-se perspectivas de ampliação com a implantação de novos dispositivos de cuidado na rede.

Palavras-chave: Saúde Mental. Psicologia. Redes de Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

ANDRADE, Silvana Viana. **A network of mental health care in Porto Velho city and the performance of Psychology: challenges and prospects.** 102 p. (Master's degree Psychology) Center for Health, Federal University of Rondônia, Porto Velho, 2013.

This research was aimed to understand the role of psychology in the mental health network in Porto Velho city, searching explore their actions, as well as, the training of psychologists to work in this area. Was developed within the qualitative approach and used like a methodologic instrument the semi-structured interviews accomplished with psychologists, managers of institutions and managers of mental health, at the state and municipal governments, in an attempt to understand the structure of the network, observing the functioning of institutions that compose it, and finally the actions of Psychology in this context. It was emphasized by the reports of the professionals interviewed the insertion and the role of Psychology in mental health, standing out the academic formation, still considered unsatisfactory for this role, and the scope of their actions not much expressive, taking into account aspects recommended by the psychosocial care. The structuring of the mental health network configures itself short of demand, with little articulation with other health institutions and with the institutions of other sectors. However, has a prospect to expand with the introduction of new devices on the network of care.

Keywords: Mental Health. Psychology. Network Health. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira do Ensino de Psicologia
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
ESF – Estratégia Saúde da Família
CREPOP- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PET-Saúde – Programa de Educação e Trabalho para a Saúde ou Saúde Mental
PVC – Programa de Volta para Casa
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RSM – Residências Multiprofissionais em Saúde
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SEDUC - Secretaria Municipal de Educação
SEMAS – Secretaria Municipal da Assistência Social
SRT –Serviços de Residências Terapêuticas
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIR – Universidade Federal de Rondônia

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	14
2- REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: TECENDO O PERCURSO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	18
2.1 A Reforma Sanitária	21
2.2 A Reforma Psiquiátrica	23
2.3 O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira	30
3- A PROPOSTA DAS REDES DE SAÚDE	35
3.1 As redes de atenção à saúde	36
3.2 Fundamentos e elementos das redes de saúde	37
3.3 A rede de saúde mental	40
3.4 A rede de saúde mental de Porto Velho	44
4- A PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	48
4.1 Inserção da Psicologia na saúde pública	49
4.2 A formação em Psicologia para o trabalho no SUS e na saúde mental	51
4.3 Caminhos possíveis para a formação em Psicologia em consonância com a atenção psicossocial	55
5- MÉTODO	58
5.1 Contextualizando o campo e os colaboradores da pesquisa	60
6- ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS	62
6.1 As instituições de saúde mental e seu cotidiano	66
6.1.1 Funcionamento e cotidiano da instituição	66
6.1.2 Compreensão a respeito do atendimento em saúde mental	71
6.1.3 Formação e ações dos profissionais	73
6.1.4 Comunicação e o trabalho em equipe	76
6.1.5 Território e rede	77
6.2 A Psicologia na rede de saúde mental de Porto Velho	82

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	94
ANEXO A - Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa - CEP	95
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	96
ANEXO C - Autorização dos gestores municipal e estadual para realização da pesquisa nas instituições	97
ANEXO D - Roteiros de Entrevistas	98

1-INTRODUÇÃO

A escolha de uma temática para realizar uma pesquisa dificilmente ocorre de maneira arbitrária e penso que traz um pouco da história do pesquisador, pois, de alguma forma, tal temática o envolve na tarefa investigativa, cuja origem é uma sobreposição de questões profissionais e pessoais, as quais mobilizam a busca de “respostas” aos seus anseios e inquietações.

A atuação em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), durante dois anos, despertou-me muitos questionamentos e influenciou na minha atuação como psicóloga. Essa experiência me fez conviver com a crítica e a autocrítica, bem como a percepção que a formação ainda é descontextualizada para que os profissionais de Psicologia atuem no âmbito psicossocial, precisando que haja uma melhor divulgação das políticas, leis e normativas que regem a saúde pública. Esses pontos motivaram-me à busca de aperfeiçoamento que me colocou na trilha da pesquisa na área da saúde mental, especificamente sobre a atuação da Psicologia nesse âmbito.

Muitas pesquisas no contexto da saúde mental foram realizadas e publicadas no cenário nacional. Contudo, no estado de Rondônia e em toda a Região Norte tais pesquisas ainda são escassas.

Rondônia, um estado pouco conhecido pelos brasileiros, muitas vezes confundido com Roraima, por estarem situados na Região Norte e terem as nomenclaturas e abreviaturas parecidas, apresenta muitos problemas nas áreas da educação e da saúde, principalmente no que se refere às incumbências da gestão pública. Por tal razão, é fundamental que haja uma contextualização sobre este estado, especificamente sobre Porto Velho, seu maior município e capital, que irá completar um século de emancipação em 2014².

O estado de Rondônia foi criado em 1982, ou seja, recebeu emancipação política, deixando de ser um Território Federal. Seu espaço geográfico com mais de duzentos mil quilômetros quadrados foi demarcado em 1943, com o desmembramento de parte de terras do Amazonas e do Mato Grosso para criação do Território Federal do Guaporé que em 1956 passou a ser chamado de Rondônia.

Este estado, que homenageia o Marechal Cândido Rondon, está localizado na Amazônia ocidental e é marcado por ondas migratórias, dentre as quais se destacam o ciclo da

² Não se pretende fazer um histórico sobre a história da cidade ou sobre o estado, apenas breves registros de fatos que ressoam ainda hoje sobre a implantação das políticas públicas, sobretudo aquelas relacionadas à saúde.

borracha, na primeira metade do século XX, distribuição de terras pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) na década de 1970 e, na mesma época, a corrida por minerais, como ouro, diamante e cassiterita.

O lema “Amazônia integrar para não entregar”, fez parte de uma grande campanha publicitária capaz de motivar boa parte das pessoas a enfrentarem uma nova região e suas adversidades, era uma nova versão ou espécie moderna do “Vamos levar os homens sem terra para as terras sem homens” da era Vargas e sua marcha para o oeste (GOMES, 2008, p.136).

O governo não montou uma estrutura capaz de receber e assentar milhares de famílias que chegaram e ocuparam as margens da BR-029, atual BR-364; embora houvesse os planos de colonização, conduzida pela ação do INCRA e de outros órgãos, não foram realizados investimentos que pudessem administrar o grande número de famílias que chegavam. “Rondônia, o novo Eldorado”, foi uma estratégia promovida pelos governos militares que criaram uma política de colonização e reforma agrária que teve, como consequência, conflitos relacionados à posse de terra no estado e que ecoam até hoje, envolvendo as populações tradicionais, índios, seringueiros, grileiros e madeireiros (GOMES, 2008; TEIXEIRA; FONSECA, 2001).

Entre as consequências do fluxo migratório intenso destaca-se o crescimento da população em mais de quatrocentos por cento (400%) em uma década. Entretanto, as condições para receber essa população ficaram aquém do necessário na área de infraestrutura, saúde, saneamento básico, habitação, educação etc. De acordo com o último censo realizado no país, Porto Velho possuía 428.527 habitantes (IBGE, 2010) e, de acordo com a última estimativa populacional sua população chegou a 442.701 habitantes. (IBGE 2012). Sua área territorial é de 34.096,388 km² e possui densidade demográfica de 12,56 habitantes por km² (IBGE, 2010).

Cabe destacar que existem 13 distritos vinculados à capital, cujo acesso, muitas vezes, é difícil sendo possível somente por embarcações. Esse fator é mais um desafio que Porto Velho enfrenta para atender de forma efetiva à população residente em locais distantes do centro, onde está instalada a maioria dos serviços prestados a essa população. Ressalta-se que apesar de alguns desses distritos serem cobertos com unidades de saúde e de educação, esses serviços ainda são insuficientes para sanar a necessidade da população que neles habita sendo obrigada a buscar atendimento na capital.

Além do público da capital, a rede de saúde, por exemplo, atende boa parte dos municípios do interior que não possuem uma rede de saúde com serviços bem estruturados, que sofrem com a falta de profissionais especializados e com a escassez de tecnologias de

cuidados, chamadas de alta complexidade. Além desse público, ainda há um fator que aumenta essa demanda que são as pessoas que vivem nas cidades bolivianas que fazem fronteira com Rondônia, e em alguns municípios do estado do Amazonas, que se encontram mais próximos de Porto Velho do que de Manaus, tornando a capital rondoniense referência no cuidado em saúde.

Em relação aos serviços de saúde, Porto Velho possui um pronto-socorro e um hospital de base, ambos submetidos à gestão estadual, nos quais a superlotação e a falta de condições de trabalho para os profissionais de saúde são noticiadas com frequência. Existem as unidades básicas de saúde, que ainda não conseguem atender à população na sua totalidade, considerando a lógica territorial e recentemente foram inauguradas duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, e ainda não existe um hospital de gestão municipal, conforme dados fornecidos pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

Na saúde mental, a capacidade de atendimento ainda é defasada, levando em consideração o aspecto demográfico e o proposto pela legislação nacional. Até o fim do primeiro semestre de 2013, a cidade possuía quatro CAPS e a urgência psiquiátrica ainda é uma situação que a gestão busca solucionar, pois o município não possui CAPS III e os casos de urgência psiquiátrica são encaminhados para o único pronto-socorro, cujo atendimento, nesses casos, limita-se à contenção e à medicação.

Nesse contexto, buscou-se compreender como a Psicologia se insere e atua na rede de saúde mental de Porto Velho. Para tal tarefa foram pesquisadas as instituições de saúde existentes no município, almejando compreender como a rede se estrutura destacando as práticas dos profissionais de Psicologia e sua formação acadêmica para atuar nesse âmbito. A dissertação que resultou do trabalho investigativo acadêmico foi construída em três seções teóricas seguidas da descrição do método e a discussão das informações colhidas.

A primeira seção discute o percurso das políticas públicas em saúde mental, traçando um breve histórico desse processo, destacando a concepção da loucura e sua forma de tratá-la, discutindo a tentativa da transição do tratamento, antes pautado na prática hospitalocêntrica e centrada na medicalização, para um tratamento de cunho psicossocial, no qual outros saberes e práticas, além da Psiquiatria, dialogam no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida à pessoa em sofrimento mental. Destacam-se dois movimentos iniciados na década de 1970 no Brasil, que impulsionaram a mudança na concepção de saúde e na forma de tratá-la: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Ressalta-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos seus fundamentos que regem a discussão e a consolidação das políticas de saúde no Brasil, com destaque para a Reforma Psiquiátrica brasileira, evidenciando o percurso

legislativo, social e cultural de tal movimento e destacando as quatro conferências nacionais de saúde mental, ocorridas até então.

A segunda seção trata do tema das redes de saúde, contemplando os fundamentos e as características que elas possuem para se configurarem como uma alternativa de integração e complementariedade das instituições de saúde no intuito de efetivar um cuidado mais resolutivo para o usuário desse sistema. Discute a rede de saúde mental, salientando as instituições e programas que a compõem, além da maneira como elas podem se configurar, ressaltando as legislações em vigor sobre tal temática. Destaca a realidade de Porto Velho, apontando as características e peculiaridades das instituições que fazem parte dessa rede de saúde mental, além das perspectivas de possíveis mudanças ou ampliação.

Na última seção teórica, propõe-se uma discussão sobre a atuação da Psicologia no contexto da saúde mental, principal objetivo desta pesquisa, ressaltando aspectos e trajetória histórica da Psicologia como profissão no contexto brasileiro, destacando a formação acadêmica e a inserção e atuação prática na saúde pública a partir da década de 1980. Discute ainda alguns apontamentos para a formação dos profissionais de Psicologia para atuação no contexto da atenção psicossocial a partir de alguns norteadores apontados por autores que discutem tal temática.

A metodologia utilizada foi a da pesquisa qualitativa, com o instrumento metodológico da entrevista semiestruturada. Para a análise das informações obtidas utilizaram-se autores que discutem a temática e as legislações de saúde mental do âmbito federal, além dos documentos oficiais do Ministério da Saúde que discutem implantação e atuação nos serviços de saúde mental e publicações que trataram da Reforma Psiquiátrica e Sanitária.

Nas considerações finais é apresentado o percurso da pesquisa, destacando a configuração da rede de saúde mental de Porto Velho, apontando suas peculiaridades, fragilidades e perspectivas. Destaca-se a atuação da Psicologia nas instituições de saúde mental, apresentada a partir dos próprios relatos desses profissionais, bem como suas dificuldades para a realização do trabalho no âmbito psicossocial e aspectos sobre sua formação para tal atuação. As interpretações apresentadas representam um olhar, um recorte entre tantos outros, que poderiam ser utilizados sobre o contexto, abrindo perspectivas para novos olhares e concepções do fenômeno que tentou se compreender.

2-REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: TECENDO O PERCURSO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

*Ouça um bom conselho
Que eu lhe dou de graça
Inútil dormir que a dor não passa
Espere sentado
Ou você se cansa
Está provado, quem espera nunca alcança*

(Chico Buarque)

A loucura ou transtorno mental, como nomeada hoje, foi, durante muito tempo, justificativa para a exclusão e diversas formas de maus-tratos de muitas pessoas.

O trecho da música *Bom Conselho* de Chico Buarque, que inicia esta seção, tem o intuito de fazer alusão ao intenso movimento de pessoas envolvidas com a modificação dessa situação, lutando em prol de um tratamento digno, denunciando as mazelas ocorridas no âmbito da saúde mental e contrariando uma concepção de tratamento até então estabelecida, o modelo médico da Psiquiatria.

Foi necessário mobilizar-se para que a sociedade, sobretudo, devido às manifestações dos segmentos de saúde e dos direitos humanos, aliados a movimentos políticos, religiosos e científicos, pudesse se dar conta do que ocorria com as pessoas que se submetiam ao tratamento da loucura. Esse movimento de questionamentos e de denúncias foi um dos demarcadores para a efetivação da mudança desse paradigma. É pertinente pensar que a situação do cuidado em saúde mental se dava de forma excludente, pautada na internação em hospitais psiquiátricos, deixando as pessoas isoladas do convívio social e segregando-as, utilizando a medicalização como a única forma possível para tratá-las.

Nesse contexto, atos de violência extrema, como maus-tratos e até mortes, ocorreram por conta desta situação. A tentativa da modificação desse modelo asilar foi, e continua sendo, efetivado por meio de movimentos e lutas de cunho social, político e científico que contestaram a realidade hegemônica construída e sustentada pelo poder da medicina psiquiátrica. “Está provado, quem espera nunca alcança” traz a ideia de que mudar uma realidade construída historicamente ao longo de séculos, ou seja, transformar a concepção da loucura e o olhar que as pessoas construíram sobre esta questão, só seria possível, a princípio, por uma mobilização, pois já estava estabelecido socialmente que todos os que não se enquadravam na concepção de normalidade vigente eram vistos como incômodo e a medicalização social era uma forma de não precisar lidar com o diferente, com o “anormal”.

Foucault (1961/1999), na sua clássica obra intitulada *História da Loucura*, descreve momentos históricos da concepção da loucura, assinala o que seria o período de liberdade, no qual os loucos teriam existência errante. A expressão “Nau dos Loucos” foi utilizada para nomear os barcos que faziam parte do cotidiano dos loucos, que eram expulsos das cidades e transportados para territórios distantes no final da Idade Média. O autor ressalta que tal costume não possuía um sentido exato, porém levanta algumas perspectivas para tal situação. A circulação dos loucos nas naus representava mais do que uma simples utilidade social, visando à “segurança dos cidadãos” e evitando que ficassem vagando pela cidade. Todo esse desejo de embarcá-los em um navio simbolizava uma inquietude, um desconforto em relação à loucura.

A loucura tinha várias representações e significados, passando pelas ideias de deuses, demônios, comédia, tragédia e também eram múltiplos os locais e espaços que a recebiam: ruas, abrigos, asilos, igrejas, guetos e hospitais. Destaca-se que os hospitais, quando criados, não funcionavam como uma instituição médica. Tinham a finalidade de ser uma instituição de caridade, com o objetivo de oferecer alimentação, assistência religiosa para mendigos, pobres, desabrigados e doentes.

Para Foucault (1999) o Hospital Geral, criado em 1656 pelo rei da França e que o autor denomina “A Grande Internação” ou “Grande Enclausuramento” foi muito importante para a definição de um novo lugar social para o louco, pois esta instituição exerceu a prática do isolamento e segregação de segmentos sociais. Esse período assinala a entrada da loucura no domínio da medicina. Os hospitais alojavam os que se apresentavam por espontânea vontade e os que eram encaminhados pelas autoridades judiciárias ou monárquicas.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 1999, p. 78).

Percebe-se o caráter que a loucura adquire, sendo uma instância ligada a aspectos sociais, ao julgamento moral. Por tal razão, há esforços para serem excluídos do convívio da sociedade aqueles que são marcados por seus sinais, pois se trata de uma conjuntura ancorada em valores estabelecidos, valorizando a integração ao grupo, a valorização do trabalho etc.

A concepção sobre loucura é muito ampla e modificou-se ao longo do tempo. Sobre essa temática, muitos autores discorreram trazendo importantes contribuições para a compreensão do lugar que ela ainda ocupa e sobre as modificações que ocorreram na forma de tratá-la. Ferraz (2000) em sua obra *Andarilhos da Imaginação* constrói uma discussão consistente sobre tal concepção transitando pela história, abordando os enfoques mitológicos, religiosos, psicológicos e organicistas, além de discutir a apropriação da loucura pela medicina. “Se os enfoques dados para a explicação da etiologia da loucura encontraram tamanha diversidade no decorrer da história, vale assinalar que também aquilo que se chama loucura varia de acordo com o tempo e com a cultura que se observa” (FERRAZ, 2000, p. 50). Não se pretende aqui fazer uma exploração exaustiva do tema, mas é imprescindível a elucidação dessas mudanças ao longo da história das concepções da loucura, desde a figura da desrazão e sua apropriação pela medicina como doença, transtorno mental, para a tentativa da compreensão das visões construídas sobre a forma de tratá-la nas reformas psiquiátricas, bem como a maneira de se compreender a doença mental.

Em o *Nascimento da Clínica* Foucault (1984/2011) descreve a transição do Hospital Geral para uma importante instituição médica. Esta instituição é então tomada pela medicina e se torna local de excelência para sua atuação.

A loucura vista sob o prisma da fraqueza, da deficiência ou da falta encontra expressão, predominantemente, na figura da doença mental, expressão integrante do vocabulário médico. Embora encontremos esse tipo de concepção já presente na Antiguidade, é com o advento da Psiquiatria que ele veio a se cristalizar, quando da apropriação do fenômeno da loucura pela medicina (FERRAZ, 2000 p. 38).

A Psiquiatria buscou sua legitimação como ciência médica sobre a loucura, e para tal tarefa teve que fundamentar cientificamente a prática da exclusão, usando recursos fisiológicos e nosografias, substituindo o caráter demoníaco da loucura na Idade Média por doença mental. A percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento, intitulada como a doença mental, começa a ocorrer a partir do século XIX. O dispositivo de medicalização e terapeutização marca a história de constituição da prática médica psiquiátrica. O louco passa a ser internado e o modelo de tratamento asilar foi mantido por mais de um século, quando passou a ser contestado por movimentos que defendiam outra visão da doença mental e do seu tratamento.

Atualmente o tratamento da loucura nos moldes asilares não se aplica, pelo menos na ideia embutida nas políticas públicas de saúde, porém na prática ainda é possível identificar instituições que mantêm tal proposta de tratamento. No Brasil, para a contextualização e

compreensão da política de saúde e de saúde mental em vigência, é necessário discutir sobre dois movimentos que ocorreram simultaneamente, havendo influências de um sobre o outro, porém cada um inscreveu sua própria história: A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

São dois movimentos que marcaram transformações no campo da saúde no país trazendo em seus fundamentos questionamentos e propondo mudanças para efetivar um cuidado em saúde mais efetivo, humanizado e igualitário. Destaca-se que ambos continuam a acontecer, sendo movimentos que se efetivam ao longo do tempo por mobilizações sociais, políticas e científicas, levando em consideração o contexto social e político.

A título de organização da escrita, cada uma destas reformas será tratada em tópicos diferenciados, de forma a contextualizar momentos históricos e consequências.

2.1 A Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária brasileira trouxe em seus fundamentos a necessidade de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, a busca por equidade na oferta dos serviços e fomento do protagonismo dos trabalhadores e usuários desses serviços nos processos de gestão e produção de tecnologias para o cuidado.

Começou a acontecer com a organização de estudantes, sanitaristas, profissionais de saúde e população em geral que se reuniam nas periferias e discutiam sobre a insatisfação com o modelo que o país adotava no manejo da saúde pública.

De acordo com Paim (2008), a Reforma Sanitária pode ser considerada como um fenômeno histórico e social que ocorre simultaneamente por ideias, propostas, projetos, movimentos e processo, pautado em alguns elementos constituintes, entre eles: democratização da saúde, do estado e da sociedade.

A reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças políticas do movimento sanitário, sem perder o horizonte de transformações nos planos econômicos, político e cultural (PAIM, 2008, p. 159-160).

Para Fleury (2009) o projeto da Reforma Sanitária foi fundado na noção de crises diversas, entre elas a crise do estado sanitário da população, do sistema de prestação dos serviços de saúde, além da crise do conhecimento e prática médica e do autoritarismo.

O movimento que impulsionou a reforma sanitária brasileira colocou-se como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público (FLEURY, 2009, p. 748).

O documentário intitulado *Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde* (2006) mostra que a saúde pública foi negligenciada em detrimento da privada, uma vez que ao longo da história do país os recursos do sistema previdenciário foram destinados a outros fins, entre eles à industrialização e ao setor médico privado. Tal realidade se agravou no período da ditadura militar (1964-1984) com o arrocho salarial e a falência do sistema previdenciário, deixando a saúde pública e as demais condições básicas da população em situação precária.

Nessa perspectiva de reformas, ocorreu no ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, na qual foi discutida uma nova concepção de saúde para o país e se tornou um marco das mudanças que vieram a ser implementadas. Saúde passou a ser defendida com mais veemência, como um direito do cidadão e dever do Estado. Nesta Conferência foi possível a definição de alguns princípios, entre eles: a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização, implicando assim em uma nova estruturação do Estado, visto agora como promotor de políticas de bem-estar social. A garantia da inclusão no texto da constituição da concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado foi possível por meio de um intenso debate das pessoas envolvidas e mobilizadas com a modificação do modelo assistencial de saúde e a proposição de novas práticas, centradas na atenção básica, conforme vinham ocorrendo em diversas cidades brasileiras.

Enfatiza-se que diferente das Conferências anteriores, nessa ocorrida em 1986 houve a presença de vários segmentos da sociedade, sendo resultado da mobilização das pré-conferências que envolveram milhares de pessoas nos âmbitos municipais e estaduais, além de articular reuniões com diversas entidades e instituições da sociedade civil.

A Reforma Sanitária se colocava assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da *polis*, da esfera pública, dos bens comuns. Processo que implicava em produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais, articulações com outros setores da sociedade, ocupação de espaços no interior do aparato estatal, avanços e recuos. Um processo político colocando em cena e em pauta a relação entre Estado e sociedade civil. A Reforma Sanitária se constituiu tensionando criticamente os termos desta relação. (YASUI, 2006, p. 25).

Observa-se o caráter político que sustentava o movimento, questionando as formas de gestão e na tentativa de afirmar direitos e repensar a construção das políticas de saúde, e uma das vitórias significativas foi a regulamentação do SUS em 1990, pela Lei 8.080 e pela Lei 8.142.

O SUS tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Os princípios organizativos foram pautados na hierarquização, descentralização político-administrativa e participação popular, valorizando não só a forma de tratamento na saúde, mas também a forma de gerir esse sistema, evidenciando a importância da participação popular, que vai ser voz ativa nas decisões através dos Conselhos de Saúde e na participação nas Conferências.

Cabe tratar mais detidamente os princípios doutrinários do SUS, uma vez que estes são essenciais para a fundamentação e elaboração das políticas públicas do cuidado em saúde, além de representar um dos objetivos do SUS: eliminar a desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

A universalidade garante o acesso ao direito de toda a população ser atendida pelo SUS por meio das políticas e serviços públicos prestados pela União, estados e municípios, ou pelos serviços privados contratados ou conveniados pela gestão pública.

A Equidade é o princípio no qual as pessoas devem ser tratadas, de acordo com suas diferenças e necessidades, sejam elas de cunho social, regional, de gênero, raça, faixa etária etc., ou seja:

Como as necessidades da população variam muito em função das disparidades sociais e regionais, a equidade parte da premissa de que cada um deve ter acesso aos serviços que lhe são necessários, independente do grau de complexidade da ação. É evidente que não estamos tratando, aqui, do pressuposto de igualdade de condições e de igualdade de necessidades, e sim da pressuposição de que condições diferentes demandam ações diferentes (PEREIRA; RIZZI; COSTA, 2008, p. 47).

O princípio da integralidade é pautado na interação de ações, sejam elas de promoção, prevenção, e reabilitação feita por abordagens multidisciplinares, que devem articular os diversos serviços de saúde existentes com o intuito de atender os usuários em suas diversas demandas.

Destaca-se que a Reforma Sanitária, bem como a proposta do SUS, um processo que está em constante construção, continuam a buscar adequações às imensas diferenças culturais, sociais, econômicas e territoriais existentes no Brasil.

2.2 A Reforma Psiquiátrica

Pensar a política de saúde mental no Brasil remete a um movimento pensado, articulado e construído por diversos atores no fim da década de 1970: o movimento de Reforma Psiquiátrica. Amarante (1998) define tal reforma como um processo histórico de formulação crítica e prática, com objetivos de questionamento e transformação do modelo assistencial clássico e do paradigma da Psiquiatria.

Destaca-se que o cenário político no qual se gestava o novo pensamento sobre saúde mental no Brasil, tratava de um período de turbulência e instabilidade político-administrativa. O Brasil encerrava em 1984 o regime militar iniciado na década 1960 e o fim deste período marca a iniciativa de “abertura” democrática e da participação popular. Ampliavam-se os movimentos de luta popular e de debate político, provocando a elaboração de uma nova Constituição Federal (1988), criando um novo cenário político para o Brasil. É nesse contexto que o novo pensamento sobre saúde mental toma forma e se estrutura em legislações e práticas, tendo como base o debate mundial sobre reforma psiquiátrica na França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos.

Enfatiza-se que as reformas psiquiátricas ocorridas no contexto internacional tiveram identidades diferenciadas, levando em conta sua organização política, econômica, cultural, social e a organização do sistema de saúde. Tendo como base esse contexto, faz-se necessário apresentar alguns aspectos dessas reformas, não com objetivo de explorá-las de forma exaustiva, mas discuti-las de forma genérica, apenas com o intuito de contextualizar e elucidar as influências da reforma brasileira.

A Comunidade Terapêutica inglesa do final da década de 1950 pode ser caracterizada como um processo das reformas institucionais que predominavam no contexto do hospital psiquiátrico, marcadas por mudanças nas medidas administrativas, inserindo práticas coletivas, democráticas e participativas, no intuito de modificar a dinâmica institucional asilar. A situação dos hospitais psiquiátricos na Inglaterra era criticada, pois não recuperava seus internos e diante dos danos psicológicos, físicos e sociais causados aos homens que retornavam da guerra, era necessário reparar tal situação. Entretanto, existia uma motivação econômica em recuperar esses jovens, pois eles representavam uma mão de obra invalidada. Nesse sentido há abertura para reformulação do espaço asilar.

Experiências de psiquiatras como Hermann Simon, Sullivan e Menninger trabalhando com a ideia de que os enfermos poderiam realizar atividades no contexto laboral - integração

dos pacientes em grupos e compartilhamento de experiências entre eles - contribuíram para a efetivação da Comunidade Terapêutica (AMARANTE, 1998, 2011; DESVIAT, 1999).

Maxwell Jones sistematizou práticas nesse sentido e tornou-se o maior autor e operador prático da Comunidade Terapêutica. Ele desenvolveu grupos de compartilhamento de experiências entre os internos, grupos de discussão e operativos, envolvendo cada vez mais os internos no tratamento, além de técnicos e familiares em reuniões e assembleias, nas quais os aspectos sobre a instituição eram debatidos em conjunto, analisando todas as situações, priorizando evitar descuidos, abandonos e violência, e, dessa forma, responsabilizava todos os atores envolvidos no sentido terapêutico (AMARANTE, 2011).

Nessa perspectiva, a Comunidade Terapêutica foi importante para a modificação do contexto do hospital; entretanto, não discutia as causas da exclusão que ocorriam fora desse espaço.

Outra experiência ocorrida na Inglaterra na década de 1960 representa uma tentativa de modificar o tratamento da loucura vigente: a Antipsiquiatria. Tal experiência “[...] procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 1998, p. 43).

Fundada por um grupo de psiquiatras, dentre os quais se destacaram Ronald Laing, David Cooper e Aron Esterson, a Antipsiquiatria teve referências culturais diversas: fenomenologia, existencialismo, obra de Michel Foucault, psicanálise, marxismo, entre outros.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do “discurso” através da “metanóia”, da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1998, p. 44).

A experiência da Antipsiquiatria trouxe contribuições para a modificação prática e teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução, no mesmo sentido desenvolvido por Franco Basaglia na Itália que será discutida mais adiante.

Na França ocorre a Psicoterapia Institucional, nomeada como tal em 1952, porém iniciada anos antes pela experiência de François Tosquelles no Hospital Saint Alban. A

Psicoterapia Institucional exercia o questionamento da instituição psiquiátrica como espaço de segregação, criticava o poder médico e a forma vertical que ocorriam nas relações institucionais.

A experiência do coletivo terapêutico, tanto na Comunidade Terapêutica, quanto da Psicoterapia Institucional, tinha como fundamento a função terapêutica que todos os membros do hospital exerciam, devendo assim questionar e lutar contra a violência e a verticalidade nas relações institucionais. Mesmo com aspectos similares entre ambas, a Psicoterapia Institucional inovou e propôs a transversalidade, que tinha o intuito de trazer o encontro e o embate das funções institucionais e profissionais, para assim questionar as hegemonias e noções de hierarquia. “Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas” (AMARANTE, 1998, p. 32). Assim como a Comunidade Terapêutica na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional se ateve ao hospital psiquiátrico. Restrita ao espaço institucional asilar, buscando reformá-lo, não questionou a função social da Psiquiatria e dos asilos e dos técnicos que nele atuavam.

A Psiquiatria de Setor, oriunda das limitações da experiência da Psicoterapia Institucional do final da década de 1950, caminhava para a realização de um trabalho fora do manicômio, a fim de evitar a volta do paciente e até mesmo novas internações no hospital. O movimento teve como norteador as ideias de um grupo de psiquiatras, entre eles Lucien Bonnafé, que no período pós-guerra reivindicaram a transformação dos manicômios franceses. Criaram-se centros de saúde mental, distribuídos nos diversos setores administrativos das regiões francesas, estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões. A partir da década de 1960, tornou-se política oficial do tratamento da saúde mental na França, e tal fato pode ser atribuído a diversas motivações, entre elas a econômica, pois os hospitais psiquiátricos asilares eram onerosos aos cofres públicos. (AMARANTE, 1998, 2011; DESVIAT, 1995).

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm a função de assegurar o tratamento, a prevenção, e “pós-cura” das doenças mentais. Desta forma são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica (AMARANTE, 1998, p. 35).

Dessa maneira, inaugurava-se a ideia de regionalização na história da assistência psiquiátrica. O princípio da ideia de “setor” trouxe inúmeras inovações importantes e reproduzidas até os dias atuais; entre elas destaca-se o acompanhamento terapêutico pela mesma equipe multiprofissional, tanto no hospital quanto na residência, valorizando o trabalho em equipe e não mais exclusivamente do médico.

Porém, a prática desta experiência não atinge os resultados esperados. Podem-se apontar alguns aspectos para que tal situação ocorra, entre os quais a resistência de grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria e o alto custo para a implantação dos serviços de prevenção e “pós-cura” (AMARANTE, 1998).

A Psiquiatria Preventiva surgiu nos Estados Unidos e teve como fundador e o principal autor da corrente o psiquiatra Gerald Caplan. Essa experiência representava a estratégia de intervir nas causas ou surgimento das doenças mentais precocemente, buscando além da prevenção, a promoção da saúde mental.

Experimentou-se um modelo de atendimento de saúde mental que transcendesse o atendimento exclusivamente centrado no sujeito doente, sede individual da patologia, para projetá-lo na comunidade, procurando produzir mudanças positivas em suas instituições: asilos, colégios, centros de trabalho e a própria sociedade civil, a fim de modificar os fatores predisponentes à doença e possibilitar um bem estar maior, ou, pelo menos, a informação necessária (DESVIAT, 1999, p. 60).

Entre os fatores que contribuíram para a fundação de tal corrente destaca-se o censo realizado em 1955 nos Estados Unidos, que pesquisou as condições da assistência psiquiátrica. Os resultados mostraram uma situação precária, na qual ocorriam violência e maus-tratos aos pacientes que eram submetidos ao tratamento nessas instituições asilares. A partir do impacto dessa situação, o então presidente, John Kennedy criou um decreto em 1963 no sentido de modificar e redirecionar a assistência psiquiátrica no país, que passa a incluir como objetivo a redução da doença mental nas comunidades (AMARANTE, 1998, 2011).

A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como a crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade (AMARANTE, 1998, p. 37).

Nesse sentido, essa prática adotada pelos Estados Unidos vai além da modificação da precariedade da assistência psiquiátrica, busca solucionar seus problemas de cunho social,

econômico e político, pois o país passava pelo período da guerra do Vietnã, enfrentava o aumento do uso de drogas pelos jovens, entre outros.

No contexto preventivista surgiu o conceito de desinstitucionalização para nomear o conjunto de medidas de desospitalização. Nesse sentido, o termo está relacionado à “política de desospitalização”, reduzindo leitos e transferência de serviços psiquiátricos para a comunidade, ampliando a oferta de serviços extra-hospitalares, para que o hospital psiquiátrico se tornasse um recurso obsoleto, pois se acreditava que as medidas preventivistas diminuiriam a incidência de doenças mentais.

No entanto, em que pese o fato de terem sido instalados tantos serviços e estratégias desospitalizantes, ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA, não apenas para os novos serviços extra hospitalares, mas também para os hospitais psiquiátricos: os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2011, p. 51).

Nessa perspectiva, Amarante (2011) discute que para alguns autores que seguiam a Psiquiatria Preventiva esse movimento representou uma revolução psiquiátrica, porém há críticas que atribuem a essa experiência o conceito de um novo modelo de medicalização da ordem social.

Basaglia construiu um movimento de reforma na Itália intitulado de Psiquiatria Democrática na década de 1960 a partir da sua experiência no manicômio de Gorizia. Nesse espaço, Basaglia questionou e criticou a postura tradicional da cultura médica, que transformava os pacientes em objetos, bem como a psiquiatria clássica e hospitalar, justificando o princípio de isolamento do louco do convívio social segregando-o, medicalizando-o, sendo, portanto, excludente e repressora.

O modelo da comunidade terapêutica de Maxwell Jones foi utilizado como estratégia inicial, em Gorizia, porém esse modelo se tornou insuficiente para que houvesse a transformação da assistência psiquiátrica, pois apesar do caráter terapêutico, mantinha sem modificações e questionamentos algumas situações que ocorriam nesse contexto entre elas:

[...] a relação terapêutica médico/paciente, lugar instituinte das relações de objeto e saber/prática. Este espaço produzia um mundo ainda à parte das relações sociais complexas, ainda promovia uma redução da loucura a objeto de intervenção e visibilidade exclusiva (AMARANTE, 1998, p. 47).

A Psiquiatria Democrática pode ser considerada um movimento para uma prática institucional original, com a ideia de superação do manicômio, entendido não somente como a

estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, legislativas, jurídicas e sociais que fundamentavam e mantinham um espaço de exclusão, isolamento e patologização da experiência humana.

O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política (BASAGLIA, 1985, p. 9).

Nesse sentido, após a experiência em Gorizia, Basaglia iniciou um trabalho em Trieste na década de 1970, alicerçado em estratégias de desconstrução e reinvenção da assistência institucional psiquiátrica, superando o aparato manicomial, efetivando práticas para além da humanização da instituição, inspiradas, inicialmente, pelas propostas da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional.

A desinstitucionalização, nesse contexto, se difere do conceito utilizado pelos Estados Unidos na Psiquiatria Preventiva, pois na Psiquiatria Democrática tal conceito não se restringe a desospitalização, “[...] significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.” (AMARANTE, 1998, p. 49).

Nessa perspectiva, foram criados os serviços substitutivos, nomeados de centros de saúde mental. Eram regionalizados e assumiam a integralidade do cuidado em saúde mental, atuando em territórios e reconstruindo a maneira como a sociedade lidava com as pessoas em sofrimento mental. Além desses serviços, foram construídas cooperativas de trabalho, residências para os ex-internos, entre outros dispositivos que buscavam a inclusão. (AMARANTE, 2011; BASAGLIA, 1985).

Uma conquista desse movimento considerada importante foi a criação da Lei 180, em 1978, que previa medidas até então inéditas na legislação internacional, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto a pessoas com transtorno mental (DESVIAT, 1995).

A experiência italiana, diferente das demais, teve como prioridade, além da modificação do modelo da assistência psiquiátrica, acionar os atores sociais envolvidos, enfatizando a discussão complexa que envolvia a desconstrução do manicômio. Levou em

consideração os aspectos legislativos, sociais, terapêuticos e científicos. Por tal razão, seu modelo de reforma foi inspirador para outros países, inclusive para o Brasil.

2.3 O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira

A Reforma Psiquiátrica registra sua própria história, sendo articulada por diversos atores: instituições, entidades e militâncias envolvidas com a formulação de políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Entre esses atores, destacou-se, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. “Desta forma, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade de saúde, mas pela luta popular no campo da saúde” (AMARANTE, 1998, p. 57).

Enfatiza-se que o MTSM, com seu caráter múltiplo e plural, não se institucionalizou, mantendo essa estratégia como algo proposital, uma vez que significava uma resistência à institucionalização, marca do movimento em sua meta de transformação da Psiquiatria. Nessa perspectiva o MTSM buscava influenciar na construção das políticas de saúde mental, ocupando lugares no âmbito consultivo e decisório dos governos federal, estadual e municipal.

Ao lado das críticas à administração/gestão dos serviços, surgem o lema da luta antimanicomial e as denúncias de favorecimento ao setor privado (pelos convênios com o setor público e pelo caráter medicamentoso e lucrativo com que se trata da questão da saúde e da psiquiatria). (AMARANTE, 1998, p. 58).

Percebe-se que o MTSM se fazia atuante de forma significativa e mobilizava-se de forma política, ideológica e social em torno da temática da saúde mental, tornando-se um importante ator na reforma psiquiátrica.

Na trilha da formulação das políticas de saúde e de saúde mental, é importante evidenciar que, em 1980, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) firmaram um convênio denominado cogestão. Anteriormente o MPAS comprava os serviços do MS, assim como ocorria com as clínicas privadas. No novo modelo de cogestão o MPAS passava a ser coresponsável pelo custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do MS, participando da administração total do projeto institucional das

unidades cogeridas. Entre as metas do modelo de cogestão apresentadas por esse movimento estava a forma de atendimento universalizado, ou seja, independente de ser ou não previdenciário, e em relação aos recursos humanos, era possível a utilização do mesmo grupo de pessoas por ambos os ministérios (de acordo a disponibilidade). Os recursos seriam investidos de forma igualitária pelos dois ministérios.

A cogestão teve uma significativa importância na transformação das relações entre as instituições públicas de saúde, trazendo um novo modelo de gestão, mais descentralizado e dinâmico, surgindo novas questões no campo das políticas públicas em saúde. Ressalta-se que é neste momento que o Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental.

Com a co-gestão cria-se a possibilidade de implantar uma política de saúde que tem como bases o sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica (AMARANTE, 1998, p. 59).

Considera-se que, a partir da cogestão, surge um esboço das novas formas de pensar as políticas públicas em saúde, de forma genérica, e em saúde mental, de forma específica e qualitativa, pensando saúde em um contexto mais amplo.

Seguindo a trajetória da cogestão, foram realizados os encontros e conferências de saúde mental, traduzindo um momento em que membros do MTSM estavam inseridos de forma enfática na administração de várias esferas dos governos, ocupando cargos de direção e coordenação de saúde mental, sendo eles responsáveis pela mobilização da mudança do modelo existente da saúde.

Ressalta-se que mesmo com uma evolução e nova forma de pensar a política e o conceito de saúde e de saúde mental, após a redemocratização, as consequências deste novo pensamento não foram de fácil compreensão e aceitação, pois diversos segmentos viram seus interesses prejudicados, destaca-se a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), de caráter privado. A FBH percebeu que a cogestão levaria à distribuição dos recursos e isso modificaria o setor privado, então o maior beneficiário; além disso, seria enfatizada a viabilidade do atendimento de qualidade em hospitais públicos.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde possibilitou a articulação e propostas de novas conferências com temas específicos, como: saúde dos idosos, trabalhadores, crianças, saúde mental etc. Outro desdobramento dessa Conferência ocorreu em junho de 1987, com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Evidenciava-se mais um momento de dificuldades, pois o Ministério da Saúde resistiu em convocá-la, uma vez que havia diferenças políticas-ideológicas entre a direção da Divisão Nacional de Saúde Mental e MTSM, que havia proposto a realização da Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ao constatarem a posição do Ministério da Saúde, alguns membros do MTSM, que assumiam cargos estratégicos de direção nas unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental do próprio Ministério da Saúde, ou em secretarias estaduais e municipais de saúde, ou ainda em universidades importantes, decidiram convocar conferências independentes com vistas à organização da Conferência Nacional, mesmo sem a participação do Ministério (AMARANTE, 1998, p. 78).

Salienta-se mais um momento em que as discussões em torno da temática de saúde mental ficam negligenciadas, tornando-se necessário a mobilização de militantes da causa para efetivá-la.

Após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, recomendações importantes foram construídas, dentre as quais, estava a luta pela participação popular na elaboração, implementação e nas decisões políticas em saúde mental. Foi proposta também a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica e ainda a necessidade dos trabalhadores de saúde mental mobilizarem a sociedade civil para as mudanças institucionais e o combate da psiquiatrização social (BRASIL, 1988).

Considera-se que a implantação do SUS em 1990 corrobora a validade e a importância das discussões que a antecedem, tais como Reforma Sanitária e Psiquiátrica, cogestão e dos demais movimentos que discutiam as políticas de saúde.

Em novembro daquele mesmo ano o Brasil foi um dos signatários da Declaração de Caracas, que tinha entre outros objetivos o comprometimento das nações participantes em superar o modelo do hospital psiquiátrico e de lutarem contra todos os abusos e exclusões das pessoas com problemas de saúde mental. Entraram em vigor as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial) no Estado de São Paulo, apesar de ainda não haver uma linha de financiamento para essa implantação, pois 93% dos recursos financeiros eram destinados aos hospitais psiquiátricos.

Em dezembro de 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema: “Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania”, quando se discutiu a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada, além da descentralização da atenção à saúde mental,

devendo ser compreendida como uma transformação do sistema de saúde visando à construção de processos emancipatórios e de gestão social.

Em 2001 foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que estava com mais de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, trazendo assim um novo impulso para a reforma psiquiátrica em nosso país. No entanto, ela se configura como um substitutivo ao Projeto de Lei original, trazendo modificações importantes no texto normativo. “Sua longa demora na tramitação e as emendas que recebeu, para ser viabilizada, que lhe subtraíram suas pretensões mais caras, são emblemáticas das dificuldades enfrentadas pela própria Reforma Psiquiátrica” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 60).

Sobre estas questões, Luzio (2003) afirma que essa nova Lei, mesmo não trazendo afirmações de obrigações mais diretas do Estado, representa um instrumento importante para a Reforma Psiquiátrica, pois no campo jurídico, a única legislação existente, até então, era o Decreto 24.559 de 1934³, assinado pelo então presidente Getúlio Vargas. Amarante (2011) ressalta que o texto da lei aprovada não contemplou a extinção progressiva dos manicômios, que era uma das aspirações mais importantes do projeto original. Entretanto o avanço da reforma psiquiátrica foi acentuado, uma vez que, enquanto a lei nacional era debatida, diversas leis municipais e estaduais foram aprovadas.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu logo após a promulgação da Lei 10.216 e de acordo com o documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, podemos sintetizar que, como políticas de governo, a III Conferência confere

[...] aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

As discussões e decisões geradas durante a realização das Conferências e a necessidade de reorganizar o atendimento em saúde mental no Brasil refletem uma nova concepção de cuidado em saúde mental amparada pela legislação.

Realça-se que, somente após nove anos da realização da III Conferência Nacional, e com a mobilização de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, foi possível organizar uma Marcha dos Usuários de Saúde Mental à Brasília, em defesa da

³ Este Decreto dispunha “sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL, 1934).

realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi realizada em 2010. Essa Conferência possibilitou um amplo debate entre o Conselho Nacional de Saúde e conselheiros de saúde de todo o país, ressaltando a necessidade da realização em âmbito intersetorial.

O tema dessa Conferência foi “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Para a sua realização convocou-se segmentos das políticas públicas, pessoas com indagações e propostas a fazer sobre o tema da saúde mental oriundas de diversos movimentos. “A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores” (BRASIL, 2010a, p. 7).

Destaca-se a intersetorialidade que pode ser definida como “estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e sociedade como um todo” (AMARANTE, 2011, p. 86). Portanto, há o reconhecimento de que ações assistenciais e restritas ao setor de saúde são insuficientes para efetivar a reorientação do modelo de cuidado em saúde mental.

Há o incentivo das articulações em rede dos diversos serviços que possam agregar um cuidado integral à pessoa. A constituição de redes ou de trânsito entre diferentes âmbitos e setores no espaço social e a participação ativa e intercomunicante dos vários atores nesse mesmo espaço são aspectos importantes para a busca de novas estratégias e construção de suportes efetivos para todos os tipos de cuidado (SCARCELLI, 2011, p. 157).

Até aqui é possível perceber que a história da construção das políticas de saúde mental foi marcada por diversas lutas de caráter político, ideológico e social. A modificação do modelo do cuidado às pessoas com sofrimento mental, até então centrado no modelo médico psiquiátrico e no sistema asilar, continua em processo, pois mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda há o tensionamento entre diferentes formas de pensar e efetuar o cuidado em saúde mental.

Por um lado no sentido da implantação das políticas públicas há a necessidade de consolidar as instituições substitutivas ao modelo asilar e um importante dispositivo nesse sentido são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principal instituição de cuidado e articulação na rede de saúde mental na atual política de saúde mental no país, porém tais instituições continuam a coexistir com as que se pretende substituir: as de modelo asilar.

Cabe destacar que para a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer mudanças para além do funcionamento das instituições de cuidado, é importante que haja uma reformulação no pensamento dos atores envolvidos nesse contexto, como podemos observar na Reforma Psiquiátrica italiana.

3- A PROPOSTA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

(João Cabral de Melo Neto)

O vocábulo “rede” está presente no cotidiano das pessoas em diversos contextos: rede de estabelecimentos comerciais, rede de telecomunicações, redes virtuais como a internet e dentro delas as redes sociais. Não esqueçamos também das redes de dormir, tão comuns na Região Norte, e nem das redes de pescar, estas, formadas por fios, atados por nós, cujo entrelaçamento garante sua funcionalidade.

Nas áreas do conhecimento humano, conforme Martinho (2004), o termo rede tem sido objeto de estudo referindo-se a diversos segmentos como: a biologia, a matemática, as ciências sociais, entre outros. O conceito de rede pode variar conforme o instrumental analítico e as bases teóricas de cada área. Ressalta-se que a figura da rede é a imagem mais usada para designar ou qualificar sistemas, estruturas ou desenhos organizacionais caracterizados por uma grande quantidade de elementos (pessoas, pontos de venda, entidades, equipamentos etc.) dispersos espacialmente e que mantêm alguma ligação entre si.

Se antes, na sociedade industrial, os processos de trabalho eram bem representados pela metáfora da máquina (ou do mecanismo), agora o desenho da rede passa a ocupar lugar preponderante no imaginário da sociedade pós-industrial. Mas nem tudo o que apresenta estes três aspectos – quantidade, dispersão geográfica e interligação – é rede. (MARTINHO, 2004, p. 8).

Portanto, é imprescindível compreender o que de fato se configura como rede para conceituá-la como tal. Se a rede é composta por diversos pontos (nós) que se interligam, algumas perguntas podem ser feitas para elucidar o conceito de rede: "Como estão ligados os pontos na rede?", "Para que servem tais ligações?", "Como os pontos funcionam de forma interligada?" e "De que maneira esse conjunto de pontos e linhas opera como conjunto?". Em outras palavras, questionar: quais as propriedades e as dinâmicas produzidas por um sistema

desse tipo? Ao tentar responder essas questões, pode-se, talvez, compreender e conceituar uma dessas estruturas.

Para Castells (2009), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos.

No contexto das políticas de saúde, as redes representam uma forma de organização dos serviços de atenção à saúde, visando além da oferta de cada programa ou instituição, comunicação e complementaridade entre elas, buscando efetivar os atendimentos de forma integral, distribuídas em um determinado território.

Existem ainda diversos olhares e conceitos sobre redes, porém, o termo rede que será discutido é o proposto e utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na construção da atenção em saúde e especificamente em saúde mental, por ser o interesse e um dos objetivos desta pesquisa.

3.1 As redes de atenção à saúde

Tratando do modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS), destaca-se o trabalho de Mendes (2011) que contempla os conceitos, fundamentos essenciais acerca dessa temática, buscando mostrar como elas podem ser eficientes e garantirem a qualidade do serviço.

No Brasil as RAS têm sido tratadas tendo como base sua evolução crescente. No entanto, é importante ressaltar que, mesmo sem falar explicitamente das RAS, abordava-se essa temática sob a forma de uma reorganização, como saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde.

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. (MENDES, 2011, p. 79).

Experiências exitosas em diversas cidades de diferentes estados brasileiros, tais como Ceará, Espírito Santo, Paraná, entre outros, estruturaram modelos de RAS, em sua maioria,

com objetivos de integrar o sistema público e de superar fragilidades da fragmentação do sistema.

No contexto internacional houve uma expansão da utilização de sistemas semelhantes às RAS, trazendo evidências de que em vários países melhoraram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, em sua maioria, as RAS são coordenadas pelas secretarias estaduais de saúde e sob a forma de redes temáticas. A partir desse movimento de implantação de RAS, houve a necessidade do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), discutirem e deliberarem sobre tal temática.

Fruto desta ação foi documentado por meio da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, na qual se estabeleceram diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no contexto do SUS. Na referida portaria além de determinar as diretrizes e estratégias para a implantação das RAS, o documento apresenta em anexo um texto elucidando a justificativa para a implantação das redes, e ainda, conceitos, fundamentos, atributos, principais ferramentas de microgestão de serviços e os elementos constitutivos. (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde em 2009, antes mesmo da publicação da Portaria 4.279, lançou por meio da Política de Humanização do SUS uma cartilha intitulada: *Rede de Produção de Saúde*, na qual define rede como:

[...] conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde, etc. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico (BRASIL, 2009a, p. 8).

Um dos elementos presentes nesta concepção para a constituição e funcionamento da rede, além das instituições, programas, associações, entre outras, é considerar e pensar o território na qual ela se insere. Os territórios sanitários para as redes de atenção em saúde do SUS são fundamentais e fazem parte dos fundamentos da rede que serão discutidos a seguir.

3.2 Fundamentos e elementos das redes de saúde

A RAS para se estruturar com qualidade e efetividade precisa se pautar nos seguintes elementos: a economia de escala, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical,

processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção, apresentados e discutidos em documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a, 2010b) e por Mendes (2011).

A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis (BRASIL, 2010b).

A concentração de serviços em um local economiza os custos e busca otimizar resultados. A qualidade na prestação de serviços de saúde é garantida, quando tais serviços estão em consonância com as necessidades da população que os utiliza satisfazendo-as, levando em consideração o tempo, o controle de qualidade, a equidade e ainda a segurança e a humanização dos profissionais que executam os serviços.

Quanto ao acesso do usuário aos serviços de saúde deve-se levar em consideração a necessidade de romper com as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, étnicas, socioculturais e de gênero. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações em que populações dispersas de baixa densidade populacional possuem escassa oferta de serviços (BRASIL, 2010b).

Esses três elementos apresentados tem uma relação estreita para o funcionamento e estruturação das redes, pois se interligam e determinam um ciclo de funcionamento.

Economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011, p. 71).

Essa interligação de forma coerente entre esses três fundamentos garantem, portanto, uma otimização e melhores resultados no atendimento aos usuários. Além desses fundamentos ainda há a integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção, que não menos importantes, também fazem parte dos conceitos fundamentais da estruturação de uma rede de atenção à saúde para que seja efetiva.

A integração vertical é a articulação de diversos serviços de saúde complementando-se. A integração horizontal é a junção de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou

especialidade. Na construção da RAS esses conceitos são utilizados para agregar resolutividade e qualidade e ainda para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica. Estes conceitos são oriundos da teoria econômica e estão associados às concepções relativas às cadeias produtivas (BRASIL, 2010b).

O processo de substituição pode ser definido como o “reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis” (MENDES, 2011, p. 77).

Esse processo visa garantir novas formas de funcionamento ofertando uma resolutividade sanitária e econômica. Exemplos desses processos podem ocorrer de três formas: na localização, quando, por exemplo, um atendimento é deslocado de uma clínica ou hospital para o atendimento domiciliar; na tecnologia, quando um procedimento cirúrgico pode ser substituído pelo uso de medicamentos efetivos para determinada patologia, e ainda, na clínica, na qual há a substituição de competências clínicas, fazendo a transição entre o cuidado profissional para o autocuidado apoiado.

Milton Santos foi um geógrafo que trouxe a análise do território nos seus escritos de forma contínua. Sua posição era dissonante à visão da geografia tradicional, que considera o território como objeto estático e critica o ponto de vista descritivo da geografia, sugerindo revisão de seus fundamentos e métodos, pois dessa maneira seria possível esmiuçar as influências recíprocas do território com a sociedade. Defendia o conceito de território como sendo um local de inter-relações, ou seja, um espaço dinâmico que permite uma visão não fragmentada e unificada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos.

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil) (SANTOS, 2002, p. 84).

Nessa perspectiva, o conceito de território, pode ser considerado relacional, pois inclui a construção e transformação de onde se vive a partir das histórias construídas nesse espaço.

Mendes (2011) discute duas concepções de territórios, em uma delas prevalecem as características geofísicas, ou seja, é o espaço físico dado. A segunda trata de uma concepção de território em constante construção, derivado da noção de geografia política. Nesta

definição o território é formado pelo relacionamento das pessoas e engloba, além do espaço geográfico, os acontecimentos nesse território vinculados à cultura, economia e política, que vai ao encontro das proposições defendidas por Milton Santos. Destaca-se que a segunda concepção de território é a utilizada pelo SUS na construção das políticas públicas de atendimento à saúde, compondo a rede.

Os níveis de atenção se dividem em três de acordo com suas densidades tecnológicas e sua organização, passando pelo primário, secundário e terciário. Estes níveis devem ser combinados com os territórios sanitários.

Visto esses fundamentos, um dos elementos essenciais para ser levado em consideração é a população para a qual a rede de saúde é criada. Essa população que se localiza em um território sanitário, deve ser conhecida, ressaltando suas peculiaridades e necessidades. Para realizar esse mapeamento, a atenção primária em saúde tem papel fundamental, pois em sua estrutura existem ações tais como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que cataloga famílias e as conhece no seu cotidiano, com a ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A atenção primária em saúde por representar a “porta de entrada”, o primeiro contato no sistema de saúde, acaba sendo um nó importante na construção da RAS, fazendo um importante intercâmbio na comunicação com os demais segmentos de saúde.

As principais vantagens das redes, segundo Mendes (2011), são: 1) a capacidade de aprendizagem; 2) o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; 3) a legitimação e *status*; 4) a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações e 4) reduzir as incertezas nas políticas e nos programas, dentre outras.

3.3 A rede de saúde mental

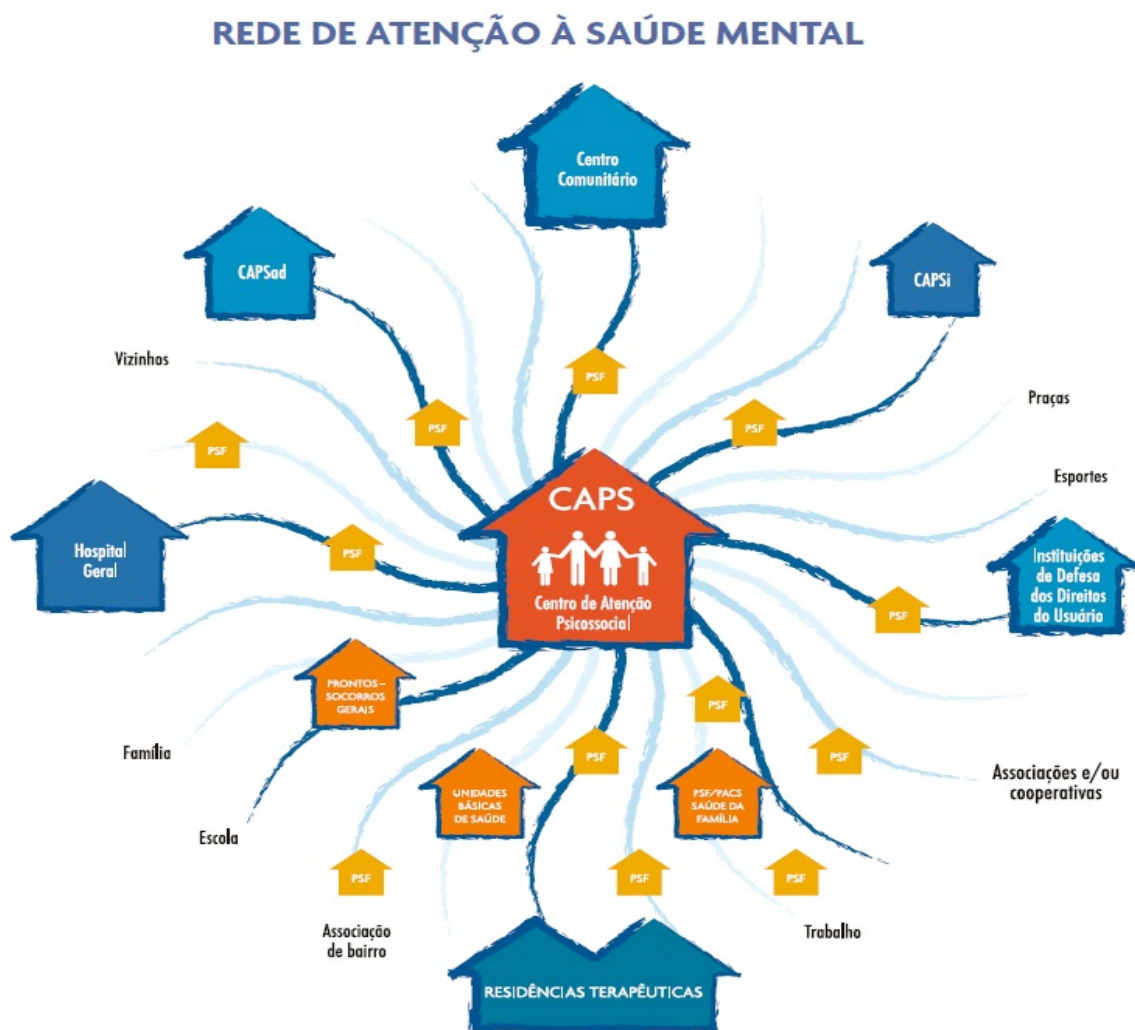
Conceituar a rede de saúde mental nos processos de construção do SUS é definir um grupo de serviços semelhantes, substitutivos ao modelo manicomial, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Residências Terapêuticas (SRT), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa de Volta para Casa (PVC), leitos de atenção integral em álcool e outras drogas, leitos destinados às urgências psiquiátricas em hospitais gerais, ambulatorios de saúde mental, entre outros serviços que prestam atendimento às pessoas com sofrimento mental, no intuito de cumprir uma determinação proposta a partir

de uma discussão nacional a respeito das políticas públicas de saúde mental, tendo como base a Lei 10.216, de 2001.

Neste caso estamos tratando de uma rede homogênea, de acordo com documentos oficiais do Ministério da Saúde (2009a), que é definida pelo agrupamento de serviços semelhantes. A rede heterogênea, formada pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território, é o que atualmente se busca efetivar na saúde, redes homogêneas comunicando entre elas.

No contexto da saúde mental essa comunicação se torna essencial para a efetivação das prerrogativas tanto da Reforma Psiquiátrica, quanto da Reforma Sanitária, buscando a modificação do cuidado, ampliando a concepção de saúde e proporcionando à pessoa com transtornos mentais inclusão social, política, cultural de forma ampliada.

Figura 1- Rede de atenção à saúde mental na concepção do Ministério da Saúde



Fonte: BRASIL, 2004.

Nos desenhos atuais conforme a figura acima, o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, torna-se referência para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Representa, na Reforma Psiquiátrica brasileira, um importante dispositivo no cuidado em saúde mental que se torna estratégico e atuante como instituição terapêutica e organizadora da demanda no território, passam a ocupar um lugar primordial na organização de uma nova rede de atendimento psicossocial.

Essas instituições funcionam como serviços de atendimento em saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, modificando o cuidado das pessoas com transtornos mentais, que anteriormente era pautado exclusivamente no modelo hospitalocêntrico no qual se priorizava a internação e a medicalização como formas principais de tratamento.

O primeiro CAPS foi construído em São Paulo em 1987, nomeado de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Além deste, houve a implantação do NAPS em Santos e em outras cidades do estado de São Paulo, que funcionavam todos os dias da semana durante as 24 horas. Com esses novos equipamentos, novas formas de tratamento foram delineadas, levando em consideração a reinserção social, acesso à cultura, lazer e trabalho.

A partir das experiências bem-sucedidas no estado de São Paulo dos CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde criou a Portaria em 224/1992, que além de regulamentar tais serviços, estabelecia normas e diretrizes para assistência em Saúde Mental no SUS. Esses serviços foram definidos como unidades de saúde locais e regionalizados, que funcionavam como intermediários entre o regime ambulatorial e a internação (BRASIL, 2004).

Em fevereiro de 2002, a Portaria 336, veio substituir a 224, pois os CAPS foram considerados dispositivos estratégicos na modificação do cuidado em saúde mental pautada pela lógica de rede e de território. Era necessário, então, consolidar a sua implantação trazendo medidas legais que definiam linhas de financiamentos para a execução de suas ações. A referida Portaria estabelece cinco modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS i II, CAPS ad II, definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária, com funcionamento nos dois turnos nos cinco dias da semana. O CAPS III é definido como uma unidade com estrutura mais complexa, devendo funcionar 24 horas, substituindo os NAPS, para dar assistência à saúde mental.

Cabe ressaltar que todos os CAPS são definidos por sua abrangência populacional/tamanho/complexidade, de modo que possam prestar atendimento aos seus usuários em sua área territorial em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2004).

Após um mês da publicação dessa Portaria, o Ministério da Saúde complementa essa proposição instituindo a Portaria 189, fixando limites quantitativos mensais para os diferentes tipos de CAPS e sua capacidade de atenção.

Em 2011 foram publicadas mais duas Portarias tratando sobre os CAPS, a 3.088 e 3.089. A primeira institui a rede de atenção psicossocial, criando, ampliando e articulando “pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS” (BRASIL, 2011a). A Portaria 3.089, publicada na mesma data, trata sobre o novo financiamento dos CAPS.

As portarias mais recentes publicadas sobre os CAPS foram a 130 e a 854 ambas em 2012. Na Portaria 130 é definido o CAPS ad III, quanto ao funcionamento e incentivos financeiros, visando ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012a).

A Portaria 854 alterou as tabelas de procedimentos e seus financiamentos, antes fixadas pela Portaria 189, que instituíam três modalidades de contratos terapêuticos definidos por: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Com essa alteração os CAPS puderam flexibilizar os projetos terapêuticos individualizados e houve a possibilidade de registro de procedimentos não diretamente relacionados ao paciente⁴, mas à comunidade ou a outros equipamentos de saúde (como reuniões de equipes). (BRASIL, 2012b).

Em todas as suas modalidades, os CAPS, conforme Luzio (2011) são responsáveis pela articulação do cuidado em saúde mental na rede básica de saúde, incluindo aí a ESF, hospitais, ambulatórios e ainda responsáveis pelas atividades de suporte social tais como lazer, trabalho, questões previdenciárias, entre outras.

Os CAPS possuem uma importância para a construção de um novo cuidado em saúde mental, uma vez que possibilitam a diminuição das internações, novas práticas de cuidado produzindo, assim, rupturas com o modelo manicomial. A III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001 propôs que os CAPS possuam “[...] o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência”, defendendo “[...] a construção de uma política de saúde

⁴ O vocábulo “paciente” será utilizado nesta dissertação no sentido de alguém que padece, sofre e que necessita de cuidados e não no sentido da pessoa acomodada, sem ação, o que contrapõe ao protagonismo previsto ao termo usuário. Cabe ressaltar que o termo usuário foi introduzido na legislação do SUS a partir das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, porém a utilização do termo na saúde mental, de acordo com Amarante (2011) atualmente, recebe críticas, pois ainda mantém uma relação do sujeito com o sistema de saúde, o que demarca uma constante reflexão e construção do campo da Reforma Psiquiátrica. No corpo do texto serão utilizados os dois vocábulos: paciente e usuário.

mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (BRASIL, 2005, p. 10).

Após a consolidação da implantação do modelo substitutivo de tratamento ao modelo hospitalocêntrico, ampliou-se consideravelmente o número de CAPS. Segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, o Brasil possui atualmente 1.742 CAPS. No entanto, faz-se necessária uma discussão em torno da implantação e funcionamento desses serviços substitutivos, uma vez que eles representam um importante dispositivo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, representando uma nova lógica de funcionamento das instituições de cuidado em saúde mental, eliminando paulatinamente o modelo asilar, que tende a desconsiderar o paciente em vários aspectos, excluindo-o do convívio social, ocasionando a impossibilidade de reconstrução dos seus laços afetivos, sociais e profissionais. Efetivou-se então um modelo que deve ter “[...] estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com doenças” (AMARANTE, 2011, p. 83). Além desses aspectos o CAPS deve representar um local de tratamento no qual a pessoa com transtorno mental passa a ser vista como alguém que necessita de cuidados especializados, mas que também necessita de reinserção social e acesso ao trabalho, ao lazer, à cultura etc.

Contudo, é preciso questionar e estar vigilante para que o funcionamento dos CAPS seja adequado para o atendimento dos usuários e seus familiares, e não se tornando mais um serviço de saúde. Assim, eles devem efetuar ações como:

[...] viabilizar uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica, como também se responsabilizar, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda da rede de cuidados em Saúde Mental, no âmbito do seu território (LUZIO, 2011, p.154).

No contexto da saúde mental, esta construção da rede é algo imprescindível para o avanço da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, segundo Dimenstein e Liberato (2009) a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, por ainda não dispormos de uma rede resolutive que acolhe devidamente os usuários em suas demandas. Os serviços continuariam a funcionar de forma isolada, sem comunicação com os demais, não se configurando como um trabalho em rede.

3.4 A rede de saúde mental de Porto Velho

Porto Velho, como todo o estado de Rondônia, tem sua história marcada por ondas migratórias exploratórias, distribuídas em ciclos diversos e em diferentes momentos, nos quais destacamos o garimpo e atualmente a construção das usinas hidroelétricas. A população cresceu de forma desorganizada, assim como ocorre em diversas cidades brasileiras. Por causa disso a infraestrutura sob a responsabilidade do poder público não consegue atender às necessidades essenciais da população, como saúde, educação, saneamento básico, conforme descrito na apresentação desta pesquisa.

Nessa perspectiva em relação à rede de saúde mental, o primeiro ponto importante que merece destaque é que tal rede, até o momento final desta pesquisa, limita-se fundamentalmente aos CAPS e a uma ala psiquiátrica existente no Hospital de Base Ary Pinheiro, este submetido à gestão estadual. Fora eles, há os dispositivos de quatro equipes de NASF⁵ sendo implantadas em 2013.

Porto Velho conta atualmente com quatro CAPS em funcionamento, sendo dois CAPS II⁶, um submetido à gestão municipal e o outro à estadual, um CAPS ad⁷, único implantado no Estado de Rondônia, sinalizando uma fragilidade na constituição da rede de saúde mental. O CAPS mais recente é o CAPS i⁸, implantado em julho de 2012. Salienta-se que tanto o CAPS ad, quanto o CAPS i são gerenciados pela gestão municipal.

Tanto os CAPS II “Madeira Mamoré” (administração estadual), quanto o da administração municipal, nomeado de “Três Marias”, possuem como característica pitoresca o funcionamento, no mesmo espaço físico, de ambulatorios de saúde mental junto com os serviços próprio de CAPS, acarretando numa alta demanda nessas instituições sobrecarregando a equipe técnica. No caso do primeiro deles, estavam ocorrendo ações da coordenação estadual de saúde mental, em meados de 2013, para transferir o ambulatório para um centro de especialidades denominado “Policlínica Osvaldo Cruz”, após a reforma dessa unidade, que se arrastava por anos.

⁵ Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), foram regulamentados pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. São equipes matriciais com profissionais de diferentes especialidades trabalhando na lógica do apoio matricial junto às equipes de saúde da família na atenção básica.

⁶ Serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, que oferecem atendimento aos portadores de transtornos mentais.

⁷ Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

⁸ Serviço destinado a atender crianças e adolescentes com síndromes psiquiátricas, transtornos globais de desenvolvimento, violência e com dependência química.

O CAPSad desde sua criação em outubro de 2009 até o primeiro semestre de 2013 possuía cerca de 3.000 prontuários registrados no serviço, fazendo com que houvesse também uma alta demanda, frente a uma equipe que vem se ampliando aos poucos. Atualmente o quadro técnico é composto de três clínicos gerais, três psiquiatras, três enfermeiros, duas assistentes sociais, um técnico em enfermagem, quatro psicólogos, sendo que um deles começou a atuar na instituição em 2013 e outro há cerca de um ano. Cabe ressaltar que alguns desses profissionais não são do quadro efetivo dessa instituição e apenas prestam serviço, como é o caso dos profissionais de Serviço Social.

Esse CAPS ad junto com as equipes das ESF de dois distritos de Porto Velho, Nova Mutum e Jaci Paraná, que se localizam a mais de 100 km do perímetro urbano, realizam atividades itinerantes mensais para atender às comunidades. Destaca-se, contudo, que a realização dessa ação começou a ocorrer após manifestação do Ministério Público do Estado de Rondônia, uma vez que nesses distritos são sediadas duas usinas hidroelétricas, acarretando uma onda migratória de trabalhadores em busca de oportunidades. Com isso houve também o registro do aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas, além dos índices de violência.

O CAPS-i por ter sido implantado em julho de 2012 está se estruturando, já possui uma demanda alta. Sua estrutura física é boa, mas há uma inadequação do espaço, pensando no público-alvo que são as crianças e adolescentes. Tal situação tem gerado problemas, principalmente para a realização de oficinas pelo profissional de Terapia Ocupacional. Outro agravante é que após quase um ano de funcionamento não possuía linha telefônica instalada, o que dificultava a marcação de horários e a comunicação de forma geral, fazendo com que os profissionais utilizassem seus telefones particulares. Também nesse espaço de tempo não havia Portaria municipal designando o cargo de coordenação do serviço, embora haja um profissional exercendo tal função.

Nessa conjuntura, cabe destaque a ala Psiquiátrica do Hospital Estadual de Base Ary Pinheiro, o mais antigo serviço de saúde mental do município em funcionamento, com a capacidade para 40 leitos, mas na maior parte do tempo está com um número de internações superior a essa capacidade. Por tal razão, muitas vezes alguns pacientes são distribuídos pelo chão. Além disso, não há uma divisão entre ala feminina e masculina e os pacientes usam o mesmo tipo de roupa sem qualquer referência pessoal. Um fato curioso é a própria disposição da ala no hospital que fica localizada distante das demais e isolada com uma grade e um portão, a sensação é de se estar numa outra unidade.

Apenados que precisam do atendimento da ala psiquiátrica são acorrentados ao leito, sem direito à locomoção, nem mesmo para ir ao banheiro. Recentemente, por conta de denúncias e sobre a constante superlotação da ala, a Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil (seção – Rondônia) realizou uma vistoria no local, elaborando um documento pedindo providências ao governo do estado.

Essas situações remetem a um hospital psiquiátrico nos moldes manicomiais, onde também prevalece o uso, muitas vezes, exacerbado, de remédios para dopar os pacientes, embora haja uma equipe multidisciplinar. É importante também destacar que no decorrer da pesquisa foram registrados oito pacientes que residiam naquele espaço.

Existe a perspectiva que a rede atual se amplie com a implantação de um serviço de residência terapêutica, e há a discussão de projetos para a implantação de um CAPS III⁹ no município, além da tentativa de resolver as questões da urgência psiquiátrica, pois atualmente o atendimento é exercido pelo Hospital Pronto Socorro João Paulo II. Porém, verificou-se no decorrer desta pesquisa que não existem leitos específicos destinados a essa demanda e o próprio hospital se posicionou no sentido de transferir a função desse atendimento para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Entretanto, foi colhido junto a alguns entrevistados que seria necessária uma ampla discussão para que a concretização dessa transferência resulte num atendimento efetivo. Existe, segundo informações fornecidas pela gestão estadual de saúde mental, a perspectiva da criação de 51 leitos específicos em hospitais gerais para todo o estado de Rondônia.

A coordenação municipal de saúde mental criou em março de 2013 uma equipe matricial composta por alguns funcionários dos CAPS da gestão municipal, no intuito de ampliar a resolutividade desses atendimentos, porém até a fase de coleta de informações dessa pesquisa, o município ainda realizava encontros para estudo e discussões acerca das ações a serem implementadas.

⁹ Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, tendo como uma das características: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana (Portaria 336, 2002).

4- A PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A inserção da Psicologia na saúde pública no Brasil é tema de várias pesquisas publicadas, principalmente a partir da década de 1990, nas quais são discutidos o contexto histórico, político e social em que esta inserção foi se configurando, bem como os desafios que delinearam sobre a prática dos profissionais de Psicologia neste âmbito. A partir dessa premissa, de forma inevitável, as pesquisas discutem a necessidade de reformular o processo de formação desses profissionais para atuarem de forma condizente aos princípios do SUS, da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e, conseqüentemente, das políticas públicas que foram implantadas ao longo desse processo. Entre as pesquisas, destaca-se o trabalho de Spink e Matta (2007), Ferreira Neto (2011), Guareschi et al (2010), Böing e Crepaldi (2010), Dimenstein (2000), Dimenstein e Macedo (2012), entre outros trabalhos que servirão de referência para tecer a discussão proposta nesse contexto.

A regulamentação da Psicologia como profissão ocorreu em 1962, por meio da Lei 4.119, que também dispôs sobre a formação dos psicólogos, delimitando três grandes áreas: clínica, escolar e industrial (BRASIL, 2008). Destaca-se que na mesma década o Brasil iniciou o regime de ditadura militar (1964-1984). Apesar do momento de repressão e censura, no âmbito econômico há uma ascensão do país, com criação de indústrias, incremento do comércio e incentivo do consumo interno pelas classes média e alta da população, período intitulado de “milagre econômico”. Segundo Ferreira Neto (2011), essas classes sociais foram os principais consumidores dos serviços de psicoterapia individual, pois havia uma valorização da interioridade subjetiva nas sociedades industriais modernas. “A cultura psicológica construída nesse processo impôs sua hegemonia no domínio do privado por meio de seu vocabulário, seus valores, seus critérios de normalidade, enfim, sua ética” (FERREIRA NETO, 2011, p. 27).

A Psicologia foi se consolidando nesse contexto, segundo Dimenstein (2000), pautada na ideologia das classes dominantes, pouco exercendo a função de transformar e questionar relações pessoais e instituições, uma vez que houve estratégias que levaram a uma promoção da psicologização do cotidiano e da vida social. Podem-se elencar fatores que culminaram para essa situação: “a ênfase na privatização e nuclearização da família, na responsabilidade individual de cada um dos seus membros, a ênfase nos projetos de ascensão social, na descoberta de si mesmo, na busca da essência e na libertação das repressões” (DIMENSTEIN, 2000, p. 99).

Nesse contexto a formação em Psicologia se configura também como um modo de acompanhar as mudanças sociais brasileiras. Guareschi et al (2010) discutem as mudanças curriculares ocorridas e nos alerta para o perigo da formação que atende somente à lógica do mercado, levando em consideração as demandas econômicas e sociais, trazendo os exemplos da formação do psicólogo, inicialmente, voltada ao Brasil que passava por uma crescente industrialização e desenvolvimento econômico, o que gerou cursos voltados à Psicologia Organizacional e à Psicometria, atendendo tal demanda. Além da alta oferta de serviços de psicoterapia individual, na qual a imagem do psicólogo se evidencia e este passa a ser visto como um profissional eminentemente clínico, a carga horária curricular nesta área representa maior concentração nos cursos de Psicologia.

Os autores discutem ainda as mudanças curriculares dos cursos em prol dos movimentos sociais e históricos.

Podemos ir ao encontro da lógica de mercado, respondendo as demandas econômico-sociais, como podemos encontrar outras formas de conceber a sociedade, o sujeito social. É nesta proposta que estão em jogo outros significados, tais como igualdade, direitos sociais e justiça social. O currículo, desta forma, é também um dos espaços centrais para essa construção, pois nele se entrecruzam práticas de significação, de identidade social e de poder, justificando por que o currículo está no centro dos projetos de reforma social e educacional (GUARESCHI et al, 2010, p. 30).

Essa discussão sobre a formação do profissional de Psicologia tornou-se necessária, já que entre as décadas de 1970 e 1980, com o encerramento do “milagre econômico” as classes média e alta, maiores consumidoras dos serviços de Psicologia, são afetadas gerando um declínio dos seus benefícios, além da eclosão de movimentos sociais no país, autônomos do Estado e de caráter reivindicativo. Esses episódios marcaram uma necessidade de reformulação da atuação da Psicologia e da sua formação, pois já não mais se sustentavam as práticas de cunho privatista individual e curativo.

4.1 Inserção da Psicologia na saúde pública

A inserção e atuação da Psicologia na saúde pública tem uma relação próxima com os desdobramentos dos movimentos sociais da Reforma Sanitária e Psiquiátrica em meados da década de 1970, pois nessas reformas são construídas críticas destinadas ao projeto privatista do cuidado em saúde, no qual o aspecto curativo individual se destinava também ao lucro do produtor privado dos serviços de saúde. Ambas possibilitaram transformações no campo da

saúde no país propondo mudanças para efetivar um cuidado em saúde mais efetivo, humanizado e igualitário. Os desdobramentos dessas reformas trouxeram e continuam a trazer avanços significativos na modificação do conceito de saúde e de saúde mental e culminaram na construção de políticas públicas voltadas ao cuidado dos cidadãos de forma diferente, pois o indivíduo passa a ser visto como um ser integral e não mais somente como uma entidade biológica.

Paralelamente a esses movimentos de reformas, outros movimentos sociais de cunho popular e sem relação com o Estado ocorreram no país, tais como grupos estudantis, associações de bairros, grupos sindicais, movimentos de mulheres, entre outros. Possuíam um caráter de reivindicação e uma relação autônoma com o Estado autônoma, ou mesmo de contraposição, pois estando em uma ditadura havia uma postura autoritária e sem percepção das necessidades da população. “Os movimentos sociais desse período, entre outras contribuições, trouxeram novos discursos e práticas de afirmação de outros modos de ser e de viver” (FERREIRA NETO, 2011, p. 28).

Seguindo essa lógica, a década de 1980 é marcada pela mobilização e organização da categoria profissional da Psicologia, buscando novas formas de atuação, além da problematização e críticas acerca do papel social da categoria. Encerra-se o período militar iniciando a redemocratização política e com isso uma maior oferta de cursos de Psicologia e no campo da saúde. Os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica conseguem avanços significativos com a promulgação da Constituição de 1988 e em 1990 com a criação do SUS, trazendo a necessidade de mobilização para a mudança da orientação de um modelo exclusivamente clínico de atenção individual-curativo, para o incentivo do desenvolvimento de ações coletivas e também práticas com equipes multiprofissionais na construção da integralidade.

A partir da construção das políticas públicas no âmbito do SUS, a Psicologia se insere nas equipes multiprofissionais. Antes disso, poucas experiências foram desenvolvidas no campo da saúde, quando os psicólogos ingressaram em equipes multiprofissionais em hospitais privados e públicos ligados às escolas de saúde de São Paulo e Rio de Janeiro com o objetivo de apoio às internações clínicas e/ou cirúrgicas em pediatria e cardiologia, e ainda a inserção na saúde do trabalhador e na saúde materno infantil (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; GUARESCHI et al, 2010).

4.2 A formação em Psicologia para o trabalho no SUS e na saúde mental

A saúde mental foi um segmento no qual os psicólogos se inseriram, principalmente a partir da década de 1980, pois com as críticas do movimento da Reforma Psiquiátrica, houve a necessidade da transformação do modelo de assistência psiquiátrica vigente, no qual as relações entre a sociedade e a loucura se davam de forma excludente e preconceituosa. Tornou-se necessário um novo olhar, exigindo comunicação e troca de diversos saberes, dentre eles, o da Psicologia, pensando o sofrimento mental como um fenômeno complexo, que a prática psiquiátrica isolada não seria capaz de responder.

Com o surgimento dos primeiros movimentos de mudança do quadro precário de assistência psiquiátrica no país, a partir de investimentos de serviços substitutivos ao manicômio, como também com a formação e contratação de pessoal capacitado para operar o novo modelo de assistência em saúde mental, abriu-se um vasto campo de trabalho para o psicólogo nesse contexto, que atribuía às equipes multiprofissionais um papel fundamental de transformação das velhas estruturas e como condição *sine qua non* para a concretização dos serviços extra-hospitalares tais como os centros e os ambulatórios de saúde (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012, p. 235).

O avanço da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas em saúde mental, caracterizou-se pela criação dos CAPS em suas diversas modalidades, os NASFs, as residências e comunidades terapêuticas, as equipes matriciais, bem como a atuação junto à população em situação de rua, dependentes de álcool e outras substâncias, Cria-se também outros serviços saúde mental na rede de saúde, ampliando a inserção dos psicólogos neste âmbito.

A formação de profissionais para atuação nesse contexto vem sendo amplamente discutida. A exemplo, temos o relatório final do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, que trouxe preocupações e propostas em relação à produção de conhecimento, construção de indicadores epidemiológicos específicos, análise crítica da intervenção na saúde e seus reflexos nos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2006). Para a efetivação das discussões e propostas trazidas por este Fórum, é inegável a necessidade do questionamento sobre a formação acadêmica, pois é nesse espaço que se experimenta, em primeira instância, o arsenal teórico-prático para a atuação.

A vasta literatura com pesquisas voltadas à atuação do psicólogo no SUS tanto na atenção primária, hospitais, ou nas políticas específicas de saúde mental, revela que muitos profissionais saem dos cursos não se sentindo capazes de desempenhar a função no contexto das políticas públicas, seja por não saberem exatamente que técnica e forma utilizarão, seja

por falta de conhecimento da legislação específica da política pública, programa ou instituição e ainda por não conhecerem os princípios do SUS. Relacionam-se os relatos desses profissionais com o fato de que durante muito tempo os cursos de Psicologia tiveram como característica não possibilitar ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais da realidade em que atua, sejam eles políticos, ideológicos, históricos, o que gerou o ensino de uma Psicologia apolítica, neutra e pautada no modelo clínico, levando a um distanciamento do social (DIMENSTEIN, 2000; SPINK; MATTA, 2007).

O deslocamento da atuação da Psicologia do caráter clínico para as políticas públicas refletiu nos currículos. Pode-se destacar a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação, tendo como referência a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996. As mais recentes Diretrizes para os cursos de graduação em saúde foram debatidas e aprovadas entre 2001 e 2004, enfatizam a necessidade da preparação do profissional de Psicologia para atuar no SUS, porém ainda se configura um desafio formar psicólogos para tal atuação, pois

[...] as políticas e estratégias para o SUS que se voltam para a formação de futuros e atuais profissionais de saúde estão também em construção, o que implica em transcender o sentido estrito de instrução, capacitação e aperfeiçoamento e possibilitar a produção de conhecimento, de mentalidades, de jeitos de estar, de comprometimento com a coisa pública aliada à descoberta e ao exercício de criação (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 352).

As autoras alertam, portanto, que a formação do profissional para o trabalho no SUS, deve ir além da apresentação dos modos de fazer ou das técnicas. Precisa propiciar condições para que isso ocorra, problematizando as práticas e políticas implementadas, buscando novos rumos alicerçados em referenciais teóricos que sustentem o sistema, pois o SUS em algumas instâncias vem sendo implementado de forma burocrática, mesmo com sua proposta inovadora.

A formação profissional em saúde consiste no contato com o trabalho em equipe, com as propostas epistemológicas da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, transversalização do conceito de saúde ampliado nas disciplinas, noção dos conceitos de integralidade e clínica ampliada, o conhecimento da estrutura do SUS e suas relações com as redes de saúde, escolar e de trabalho, por exemplo.

Nesse sentido, um dos desafios das Instituições de Ensino Superior é o trabalho interdisciplinar no SUS, pois a fragmentação disciplinar se reproduz nas práticas de saúde, impedindo uma atuação com um olhar mais amplo e integrado dos indivíduos.

Com a discussão da formação deste profissional, percebe-se a importância de uma reformulação dos currículos para uma formação adequada a essas políticas de saúde mental, para evitar a simples adaptação flexível para o alcance de novos mercados e efetivar o desenvolvimento de atuações, de fato, inovadoras visando à produção da autonomia dos sujeitos e coletividades. É relevante investigar em que medida e como as práticas atuais mantêm a lógica clássica da clínica privada no contexto público e de que forma rompem com o modelo anterior, construindo modos diversos de atuação, proporcionando uma mudança que cumpra com o que propõe a Reforma Psiquiátrica.

A formação e o exercício do psicólogo devem estar alinhados às novas estruturas do cuidado e de gestão do SUS, levando em consideração a necessidade da integração entre academia e comunidade, possibilitando a esse profissional

[...] realizar leituras e análises conjunturais a respeito das necessidades sociais e da saúde da população, proceder à escuta e à intervenção sobre os processos psicológicos e psicossociais mobilizados pelas condições de vida e projetos futuros da população, além da capacidade de articulação com as redes de serviços para operar práticas de cuidados mais integradas em saúde (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012, p. 244).

Algumas práticas já começaram a acontecer, destacam-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e os Programas de Educação e Trabalho para a Saúde ou Saúde Mental (PET-Saúde), fruto da parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. As residências multiprofissionais podem ser definidas como um aprendizado coletivo no trabalho, levando em consideração o envolvimento do trabalhador de saúde com sua dimensão ética e política como essencial para o projeto pedagógico. Apesar de uma prática que ocorria desde o final da década de 1970, somente no início dos anos 2000, com a criação da Secretaria de Gestão e Trabalho do Ministério da Saúde, veio a se constituir como uma política de formação¹⁰.

Ressalta-se que as RMS fazem parte das propostas implantadas em 2004 pela Portaria 198 do Ministério da Saúde, a qual instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia de implantação de propostas metodológicas e pedagógicas inovadoras para a construção de novas concepções de formação para os trabalhadores da saúde, evidenciando o processo educativo paralelo às práticas de serviços.

¹⁰ Pasini e Guareschi (2010) tecem uma discussão ampla sobre o histórico da implantação das residências multiprofissionais, ressaltando os impasses encontrados na sua regulamentação e reconhecimento como especialização, além do contexto histórico, político e social.

O PET-Saúde implantado pela Portaria Interministerial n. 421, de 2010, tem como objetivo principal o fomento da formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação do serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Destaca-se que o PET-Saúde faz parte das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE¹¹, que vem sendo implementado no país desde 2005.

Essa perspectiva de articular ações intersetoriais na triangulação serviço-comunidade-Academia, de abrir a universidade às demandas sociais para interesses e objetivos concretos das comunidades e serviços, redefinindo seu papel e sua responsabilidade social a partir de uma nova concepção do processo ensino-aprendizagem, que valoriza o saber prévio dos alunos e técnicos, e de uma postura problematizadora da realidade é a mesma que orienta as propostas do PET e as de estágio em atenção primária e saúde mental que envolve alunos de Psicologia (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012, p. 241).

A Psicologia se insere tanto no PET-Saúde, quanto nas Residências Multiprofissionais, o que amplia a sua formação para atuação no âmbito do SUS, buscando uma estratégia para dialogar e trocar informações com os demais profissionais, possibilitando novas práticas de atuação. Dimenstein e Macedo (2012) discutem que, embora a Psicologia tenha uma grande inserção nesses programas, ainda não há uma discussão e nem estudos avaliativos que contemplem os efeitos da prática da Psicologia.

Ainda nesse contexto destaca-se também a Associação Brasileira do Ensino em Psicologia (ABEP), e o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). A ABEP criada em 1998 é uma entidade com o objetivo de refletir, desenvolver e aprimorar a formação em Psicologia, ressaltando o comprometimento da profissão com a realidade social. O CREPOP surgiu em 2006 como um órgão operacional do Sistema de Conselhos em Psicologia, com o objetivo de formular referências para atuação da Psicologia no campo das políticas públicas, por meio de pesquisas coordenadas em âmbito local e nacional. Ressalta-se que o mais recente documento de referência para atuação da Psicologia do CREPOP, lançado em maio de 2013, trata da atuação nos CAPS. “O documento traz expectativas e demandas dos psicólogos que atuam nesse serviço. Aponta fragilidades no

¹¹ O PRÓ-Saúde “volta-se prioritariamente para mudanças de formação superior, com a intenção de incidir tanto sobre docentes e discentes das Instituições de Ensino quanto sobre os trabalhadores de nível superior da Rede” (FERREIRA NETO, 2011, p. 147-148). Implantado pela Portaria Interministerial 2.101 em 2005 inicialmente o Programa era destinado aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia e após dois anos da sua criação uma nova Portaria Interministerial 3.019 ampliou o Pró-Saúde para os outros cursos de graduação.

modelo e a necessidade de formação para garantir um novo posicionamento frente à clínica no serviço público” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 32).

Ambos representam uma necessidade de refletir e ampliar a formação e atuação da Psicologia nos diversos contextos, levando em consideração a atuação nas políticas públicas que atualmente representam um setor de alta absorção de psicólogos.

4.3 Caminhos possíveis para a formação em Psicologia em consonância com a atenção psicossocial

Não é possível problematizar que a Psicologia continua atuando apenas dentro de uma visão pautada no processo clínico-curativo, ou condizente com sua herança histórica reproduzindo apenas a psicoterapia clínica para uma determinada parcela da população. Também não é possível continuar a afirmar que os profissionais da Psicologia continuam sem conhecer as políticas públicas, que atualmente são as maiores contratantes desses profissionais. Porém ainda existem críticas em diversas pesquisas quanto à prática desses profissionais nesse contexto, entre as quais: manutenção da prática do atendimento clínico individual, busca de nexos causais para a compreensão do patológico e da normalidade, não levando em consideração os aspectos sociais e as necessidades de saúde da população atendida, realização de práticas isoladas e a não atuação em equipe, justificadas pelo sigilo profissional, entre outras.

Levando em consideração tais críticas e ressaltando que o processo de formação para o trabalho no SUS é complexo, uma vez que este Sistema se encontra em constante construção, não seria diferente o processo de formação para os profissionais que nele atuam; é possível pensar, entretanto, em norteadores nesse aspecto.

No contexto da atenção psicossocial, surge o questionamento de como efetivar o cuidado em saúde mental com visões tão distorcidas das práticas necessárias para uma efetiva Reforma Psiquiátrica. Böing e Crepaldi (2010) destacam em sua pesquisa que nas políticas de saúde há uma dicotomia entre saúde e saúde mental compreendendo a segunda como uma especialidade, deixando o profissional de psicologia distante das instâncias da promoção e prevenção.

Essa é a problemática que remete a velhos desafios e faz emergir a necessidade da efetivação de práticas que necessitam de profissionais com um olhar para a saúde coletiva e com vasto conhecimento das legislações e a capacidade de adequá-las ao seu território de

atuação, pois este se configura para além do espaço geográfico constituindo-se em um espaço onde desenvolve a vida comunitária dentro das suas peculiaridades.

Neste sentido Dimenstein e Macedo (2012) apontam, entre os norteadores para atuação do psicólogo, a importância do trabalho em rede e no território, articulados por equipes de referência, bem como a não padronização das atividades a partir de uma gestão compartilhada e participativa, e o desenvolvimento de ações para gerar autonomia dos usuários. Trata-se de ações importantes para a superação do histórico da atuação da Psicologia, anteriormente marcada pelo desconhecimento de aspectos institucionais e da falta de preparo para lidar com questões clínico-institucionais que configuram um desafio.

As mudanças gradativas nos currículos com o objetivo de atender às exigências decorrentes da nova forma de atuação, incluindo as políticas públicas, nas quais a Psicologia são elementos essenciais e importantes para a construção do projeto político do SUS, ainda não têm sido suficientes para a modificação da prática dos profissionais de Psicologia nas políticas públicas na saúde. É possível perceber a grande dificuldade que esses profissionais têm para atuarem em equipes articuladas numa perspectiva intersetorial, produzindo práticas de saúde de acordo com o conceito da integralidade e contemplando o trabalho em rede.

Scarcelli e Junqueira (2011) apontam que a tarefa de formação dos trabalhadores em saúde é complexa, pois deve estar voltada para a organização do trabalho coletivo, ancorada em diversas abordagens. As autoras discutem que no âmbito acadêmico ainda predomina o ideal de autonomia e a valorização da clínica privada, visões que dificultam o rompimento de práticas e ideias hegemônicas, reduzindo a possibilidade de um fortalecimento teórico e prático para atuação em instituições públicas.

Não basta, portanto, a apresentação de modos de fazer e de técnicas voltadas para um aprimoramento de modos de estruturas que podem se burocratizar, mas a criação de condições para a construção desses modos de fazer, de pensar, de esquemas conceituais que permitam a implementação criativa de práticas e a resignificação das políticas orientadoras. [...] No caso das ações desenvolvidas pelos profissionais psi e de práticas em saúde mental, outros aspectos aprofundam essa complexidade: o instrumento de trabalho é a própria subjetividade dos trabalhadores e as relações estabelecidas entre eles e também com seus “pacientes”, portanto aspectos intersubjetivos incluem-se como problemática nos projetos de formação (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 353).

A formação para atuação da Psicologia no âmbito do SUS, nas diversas políticas públicas implantadas desde sua criação, requer um envolvimento com os diversos saberes e atores que as constroem, além do conhecimento da legislação que orienta tais políticas.

Destaca-se a necessidade de estratégias para a produção de conhecimento aliada à prática e à constante reavaliação do saber-fazer das políticas públicas no contexto em que foi adotada:

“construir formas de estar e/ou incentivar tais espaços que possibilitem a decifração do cotidiano decorrente de definições políticas, sem perder de vista as questões referentes às ideias que subjazem aos pressupostos teóricos que nos orientam”. (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 354-355).

A discussão sobre a formação e atuação da Psicologia na rede de atenção psicossocial, objetivo desta pesquisa aproxima-se de vários apontamentos e discussões a partir das pesquisas e autores utilizados neste texto e vão ao encontro da realidade de Porto Velho, questões que serão apresentadas com maior ênfase na análise das informações obtidas a partir das entrevistas com os profissionais de Psicologia, que trouxeram aspectos relativos à sua prática diária relacionadas com sua formação.

5- MÉTODO

A escolha do caminho a ser trilhado e a definição dos instrumentos de coleta e análise de dados são fundamentais para a abordagem da realidade a ser contemplada na realização de uma pesquisa. Considerando o problema da pesquisa apresentado e os objetivos relacionados, optou-se por percorrer uma trilha dentro da abordagem qualitativa, uma vez que se busca compreender a formação da rede de saúde mental em Porto Velho e como a Psicologia nela se insere e atua.

As características da pesquisa qualitativa são discutidas por vários autores e dentre eles destacamos Minayo (2004, 2011), Turato (2005) e Canzonieri (2010) que ressaltam questões importantes, tais como a compreensão de um fenômeno específico buscando o significado no decorrer da realização da pesquisa, fazendo com que o pesquisador, considerado o instrumento principal, consiga chegar mais próximo da essência do fenômeno por meio da interação com os colaboradores e com o campo. Os resultados são pautados a partir dos pressupostos iniciais revistos, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos. Portanto, a pesquisa qualitativa

Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2011, p. 21).

Compreender a atuação da Psicologia na rede de saúde mental requer investigar a realidade vivida por quem compõe esta rede e de que maneira estas pessoas interpretam e analisam suas ações no contexto, tanto individual, quanto coletivamente. Para esta tarefa, Turato (2005, p. 510) lembra que “[...] no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”. Nesse contexto optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada como instrumento metodológico para atingir tal objetivo.

A entrevista permite desvelar condições estruturais, sistemas de valores, regras, símbolos e representações de grupos ou indivíduos em determinados contextos sociais, históricos, políticos, econômicos e culturais específicos. É de extrema importância a forma como se conduz e estrutura a entrevista, pois,

Não é apenas um processo de informação de mão única, passando de um (o entrevistado) para outro (o entrevistador). Ao contrário, ela é uma interação, uma traça de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Com respeito a isso, tanto o(s) entrevistado(s) como o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento (GASKELL, 2002, p. 73).

Dessa forma, a entrevista ultrapassa a simples coleta de dados para atingir um objetivo de pesquisa, torna-se uma situação de interação, na qual as relações que se estabelecem nesta interação podem trazer consequências positivas ou negativas para a realização da pesquisa. Nesse sentido é importante elaborar um roteiro que tente atingir os objetivos da pesquisa, possibilitando o máximo de clareza quanto à descrição dos fenômenos. A elaboração do roteiro e o planejamento para a obtenção das informações pretendidas merecem cuidados, no intuito de evitar, conforme Boni e Quaresma (2005, p. 72), “[...] perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas”.

Bleger (1993) trata do tema da entrevista psicológica para fins diagnósticos, porém em sua discussão traz elementos que podem ser realizados em entrevistas para fins de pesquisas científicas, pois para o autor não há a possibilidade de desvincular a entrevista de uma investigação científica. “A chave fundamental da entrevista está na investigação que se realiza durante o seu transcurso” (BLEGER, 1993, p. 21). A observação se amplia e uma boa forma de realizá-la está relacionada com a formulação de novas hipóteses durante sua ocorrência, enriquecendo-as com as hipóteses já existentes. “Observar, pensar e imaginar coincidem totalmente e formam parte de um só e único processo dialético” (BLEGER, 1993, p. 21).

Dentro das modalidades de entrevista, a semiestruturada trata-se de uma ferramenta que traz como característica um roteiro previamente elaborado com perguntas básicas e principais para se atingir o objetivo da pesquisa e para a organização do pesquisador na interação com o entrevistado. De acordo com Minayo (2004 p. 121), “suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses, ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”.

Para Triviños (1987) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados. O autor afirma que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de

sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Por esta razão adotou-se a modalidade de entrevista semiestruturada, para obter uma maior compreensão sobre a formação da rede de saúde mental de Porto Velho e a inserção da Psicologia neste contexto.

5.1 Contextualizando o campo e os colaboradores da pesquisa

Para a compreensão da atuação da Psicologia na rede de saúde mental, foram elencadas as instituições que compõem tal rede e que possuem o profissional da Psicologia atuando. Todos os CAPS existentes no município e a ala psiquiátrica do Hospital de Base, conforme descritos e contextualizados na seção 2, que tratou da rede de saúde mental de Porto Velho, fizeram parte da pesquisa. Ressalta-se que os NASF não foram incluídos, pois foram implantados em 2013 e estavam se estruturando durante a realização da etapa final da pesquisa de campo.

Para a compreensão da atuação da Psicologia na rede de saúde mental foi necessário compreender como tal rede se estrutura e para tal tarefa, além dos psicólogos, os seguintes colaboradores foram entrevistados: coordenadores da saúde mental das gestões municipal e estadual; coordenadores dos CAPS; psicólogos dos CAPS e da clínica psiquiátrica do Hospital de Base.

Os gestores estaduais e municipais responsáveis pela saúde mental foram entrevistados na tentativa de buscar informações sobre a estruturação dessas instituições no que diz respeito à gestão pública, assim como questionar sobre os incentivos e ampliação da rede de saúde mental do município e sobre as possíveis dificuldades e perspectivas.

Os coordenadores dos CAPS foram entrevistados na tentativa de compreender como são geridas tais instituições no cotidiano, investigando a realidade específica e sua atuação dentro do território que abrange.

O profissional responsável pelo recebimento e encaminhamentos dos pacientes em urgências psiquiátricas no hospital geral João Paulo II seria entrevistado com o objetivo de compreender como são organizados os leitos específicos para tais urgências, uma vez que estes são previstos na rede de saúde mental. Entretanto, não foi possível realizar a entrevista. Apesar de ter havido prejuízo, este foi amenizado pelo depoimento de outros profissionais que discutiram e descreveram o funcionamento da urgência psiquiátrica nessa instituição.

Os profissionais de Psicologia que atuam nas instituições descritas que concordaram em colaborar com a pesquisa foram entrevistados com o intuito de averiguar aspectos sobre sua formação, sobre o trabalho em equipe e qual sua função ou seu lugar nessas instituições, uma vez que essas informações configuram-se como o principal objetivo e discussão desta pesquisa.

Os aspectos éticos foram respeitados, levando em consideração a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Todos os colaboradores concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (modelo em anexo), contemplando todos os aspectos exigidos nessa resolução, tais como: justificativa, objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa, desconfortos e benefícios, possíveis riscos e formas de acompanhamento, assim como a garantia do sigilo e a explicitação de que o participante poderia se retirar da pesquisa a qualquer momento.

6- ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS

*Deixai que os fatos sejam fatos naturalmente
Sem que sejam forçados para acontecer
Deixai que os olhos vejam os pequenos detalhes*

(Chico Science)

A análise realizada teve como base 17 entrevistas semiestruturadas, que foram distribuídas entre 11 profissionais de psicologia, 4 coordenadores de instituições e 2 gestores da saúde mental, sendo um do âmbito municipal e outro do estadual. As entrevistas com os profissionais colaboradores foram realizadas nas próprias instituições onde exercem suas funções, a partir de um agendamento prévio. A princípio, pretendia-se realizar uma entrevista com o profissional responsável pela “porta de entrada” da urgência psiquiátrica no Hospital João Paulo II, algumas tentativas de agendamento foram feitas, sem sucesso, inviabilizando a realização da entrevista. Entretanto, algumas informações ao longo da pesquisa de campo revelaram características de tal instituição em relação à urgência psiquiátrica no município e que serão expostas ao longo da análise.

Foram realizadas visitas prévias a todas as instituições, com o objetivo de conhecer o seu cotidiano e começar a apresentação da pesquisa para os colaboradores. Nesse momento em que não havia a formalização da entrevista, apenas acerto de onde, quando e como seriam realizadas, a receptividade dos profissionais, no geral, foi muito significativa, de modo que puderam ser realizadas sem grandes sobressaltos.

Observou-se em alguns profissionais uma cautela nos momentos antecedentes às entrevistas. Assim, era esclarecido que deviam falar somente o que sentissem vontade e que poderiam, a qualquer momento, solicitar a exclusão de qualquer declaração, ou mesmo declinar em colaborar. Uma pergunta frequente feita por eles, era: “Como será a publicação da pesquisa? Tenho medo do que pode vir a acontecer, afinal sou funcionário(a) público(a)”; “Posso falar sobre o funcionamento da instituição, mas se for falar como ocorre na realidade vai ser muito diferente do que é mostrado”. Ficava evidente o temor de serem identificados e que alguma declaração trouxesse problema junto ao gestor. Contudo, no decorrer das entrevistas, tendo assinado o TCLE, ficaram mais tranquilos.

Dois profissionais demonstraram desistência em participar da pesquisa, sem comunicar à pesquisadora. Nesses casos os profissionais marcavam o horário para entrevista, e no dia previsto não atendiam à pesquisadora, ou desmarcavam. Após acontecer tal fato em algumas situações por três vezes seguidas, optou-se por não mais entrar em contato com tais

profissionais, compreendendo que não havia possibilidade da participação destes na pesquisa, levando em consideração também o tempo necessário para transcrição e análise das entrevistas. Apesar dessas lacunas a pesquisa não foi prejudicada, pois foi possível contar com a colaboração de profissionais inseridos em todas as instituições que se pretendia pesquisar, o que nos deu um panorama geral da realidade que se pretendia investigar. Com os demais profissionais não houve episódios significativos no trâmite entre o agendamento e a concessão da entrevista. Importa ressaltar que os profissionais foram solícitos e disponíveis.

Documentos foram utilizados, para fundamentar a análise e compreender o funcionamento das instituições de saúde mental e, em sua totalidade, publicações nacionais do Ministério da Saúde. Entre esses documentos destacam-se as legislações referentes à saúde mental, como a Lei 10.216 de 2001, e as Portarias: 224 de 1992; 336, 189, 251, todas publicadas em 2002; 3.088 e 3.089 de 2011 e as mais recentes 854 e 130 de 2012.

Utilizaram-se também os documentos publicados pelo Ministério da Saúde para referência, direcionamento, atuação e implantação de políticas e serviços na saúde mental, como os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, documentos produzidos com informações sobre o histórico da Reforma Psiquiátrica e Sanitária no país e da Política de Humanização do SUS, além de publicações de autores que discutem a temática discutida nesta pesquisa.

Pode-se perceber na conjuntura atual de Porto Velho, distanciamento em algumas instâncias entre o proposto pelas legislações e as práticas atuais nos serviços de saúde. Entretanto, essa situação não se configura como característica específica dessa capital. Publicações que tratam da temática ressaltam que tais situações são recorrentes em outras localidades, porém há algo que precisa ser pensado: a legislação é única para todo o território brasileiro, destaca-se a necessidade de atuar na lógica territorial, com legislações que tratem de características individuais de cada região. Não podemos fazer uma análise simplista dos serviços que não cumprem o que determina as legislações, pois há características da realidade de cada lugar, onde se implantam as instituições, que influenciam e criam aspectos peculiares em sua dinâmica e que, muitas vezes, independem dos aspectos propostos nas diretrizes e legislações.

Na implantação das instituições de saúde mental em Porto Velho pode-se observar que o município ainda possui um déficit quantitativo e qualitativo nesse âmbito, não sendo exclusividade do setor de saúde. Um dos fatores que se pode atribuir a essa situação é a maneira que todo o município foi se constituindo, sem planejamento efetivo, enfrentando problemas em suas gestões públicas, como já mencionado na introdução desta pesquisa.

Outro aspecto que cabe destaque são as constantes denúncias referentes ao desvio de verbas pelas gestões públicas municipais, que deveriam ser investidas na saúde, educação, infraestrutura, entre outros. Tais denúncias estão sendo investigadas pelo Ministério Público do estado constatando-se um déficit milionário nos cofres públicos de Porto Velho. Além desses aspectos, há ainda uma defasagem de algumas categorias profissionais na cidade, fator que dificulta, também, a ampliação de algumas instituições e setores.¹²

Levando em consideração todos os aspectos mencionados, e as questões demográficas e territoriais, a discussão das informações não pode ser descontextualizada de toda essa conjuntura.

Consideram-se os documentos oficiais sobre a saúde mental no âmbito nacional, importantes para direcionar e regulamentar práticas, porém é um déficit o estado de Rondônia ainda não possuir legislações próprias nesse sentido, pois possui uma população diversificada que inclui ribeirinhos, populações indígenas¹³, quilombolas e muitos imigrantes, acarretando a necessidade de estratégias de cuidado específicas e adequadas a essas populações. Apesar do princípio da equidade proposto no SUS, que contempla o atendimento ao usuário do Sistema de acordo com suas diferenças e necessidades, ainda há um distanciamento entre o que propõe o documento e a prática em Porto Velho, pois sua população diversificada precisaria de um olhar diferenciado para atender a suas necessidades e viabilizar o acesso aos serviços implantados. Percebe-se a criação de serviços de saúde para a contemplação de uma necessidade geral, como propõe a Portaria 336 de 2002, por exemplo, que regulamenta os CAPS.

Caberia, portanto, aos gestores de cada localidade, bem como aos profissionais que atuam nessas instituições, pensar e atuar no sentido de prestar um serviço que contemple seus usuários em sua especificidade.

Sobre esse aspecto Scarcelli e Junqueira (2011) salientam que os CAPS, assim como as ESF, estão sendo implantados sem considerar, na maioria das vezes, as especificidades

¹² Essas notícias foram veiculadas nos noticiários locais e nacionais e em diversos *sites*, entre eles: <<http://www.mp.ro.gov.br> e <http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2013/04/09/em-rondonia-operacao-contra-corrupcao-prende-ex-prefeito-empresario-e-militar.htm>>.

¹³ Ressalta-se que mesmo compreendendo que a política de saúde indígena é de responsabilidade de uma secretaria específica, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), foi a partir da criação da Portaria 2.759 em 2007 do Ministério da Saúde que diretrizes gerais para a Política de Atenção à Saúde Mental das Populações Indígenas foram criadas. A partir daí há uma organização dos serviços de saúde para implantar ações em seus territórios. Isso não significa que os serviços de atenção psicossocial se inserem em tal demanda, uma vez que o princípio da equidade no SUS garante atendimento adequado considerando as diferenças e peculiaridades. A Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-RO) organizaram um seminário em maio de 2013 com a finalidade de debater questões sobre a saúde mental indígena no nível local para implantação do Programa de Saúde Mental Indígena, uma das metas do Plano de Ações Indígenas 2012-2015.

locais, o conhecimento teórico conceitual e técnico assistencial dos sujeitos que estão no território. “A política assistencial e de financiamento dos CAPS, no entanto, apresenta um modelo reduzido de assistência à saúde mental ao criar uma política vertical fundamentada em regras de financiamento que privilegiam um tipo de serviço específico” (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 350).

Considerando esses aspectos para a discussão das informações que se obteve a partir das entrevistas, foram agrupadas categorias a partir dos relatos e, posteriormente, salientando os objetivos da pesquisa, foram organizadas em temas nos quais se pretendeu ressaltar aspectos que contribuem para a compreensão do funcionamento e articulação das instituições de saúde mental, bem como a atuação da Psicologia nesse contexto, objetivo principal da pesquisa, permitindo fazer inferências. Ressalta-se que a pesquisa não se comprometeu em realizar a análise de conteúdo em sua totalidade como propõe Bardin (1977), ou seja, metódica; cumprindo todas as etapas, utilizaram-se dessa metodologia somente as categorias temáticas. As inferências foram fundamentadas com autores que contribuem na perspectiva da saúde mental e da formação profissional para atuação nesse contexto, além de autores que discutem o contexto institucional.

Foi realizada uma pré-análise do material transcrito e das anotações feitas durante o acesso às instituições. Essa etapa teve como objetivo estabelecer um contato inicial com o texto e fazer emergir ideias, percepções e impressões sobre o material, pois as observações feitas durante a fase de coleta de informações ajudaram a fazer um retrato acerca do funcionamento de cada serviço, bem como algumas situações que ocorrem em seu cotidiano. No momento seguinte, ao explorar as entrevistas, elencaram-se trechos das falas dos entrevistados para melhor ilustrar os temas e trazer significados mais nítidos para a interpretação que se construiu ao longo de toda a análise.

Considerando que a rede de saúde mental de Porto Velho ainda é limitada, com um número restrito de profissionais atuando, muitas vezes, em mais de uma instituição de saúde mental no município, optou-se por nomear seus colaboradores apenas pela letra “E” fazendo alusão ao vocábulo “entrevistado”, seguido de números para diferenciá-los, não os identificando por função, ou lugar que ocupam nas instituições, preservando suas identidades e as instituições nas quais trabalham, conforme o previsto nos aspectos éticos e previamente apresentados e aceitos pelos colaboradores que assinaram o TCLE.

6.1 As instituições de saúde mental e seu cotidiano

Nas categorias enumeradas abaixo foram discutidos os aspectos considerados importantes a respeito da rede de saúde mental, levantando em consideração sua constituição, características e perspectivas. Especificamente na categoria número três, na qual se discute a atuação profissional, optou-se por discutir com maior ênfase os relatos dos profissionais de Psicologia, pois ela vai ao encontro do objetivo principal desta pesquisa, ressaltando sua prática e formação para atuar em tal contexto. As categorias, portanto foram:

- Funcionamento e cotidiano da instituição
- Compreensão a respeito do atendimento em saúde mental
- Formação e ações do profissional
- Comunicação para o trabalho em equipe
- Rede e Território

6.1.1 Funcionamento e cotidiano da instituição

A partir do relato dos profissionais entrevistados, foi possível compreender questões específicas sobre a demanda, perfil do público atendido, como ocorre a organização da instituição e como se processa o seu cotidiano.

Nesse sentido, a ideia de instituição será tomada, não como espaço físico concreto, mas como uma instância que se formaliza a partir dos modos de ser, pensar e agir dos atores que a compõem, ou seja, para além da materialidade da organização e pelo estabelecimento das ações humanas, como relações de grupos e outras formas de comportamento. Como aponta Lourau, a instituição “[...] não é conceito descritivo; não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas, concretas” (LOURAU, 1993, p. 61).

As dinâmicas institucionais dos CAPS nos quais se realizou a pesquisa trouxeram diferenças significativas; entre eles pode-se perceber que há, em suas características, marcas da maneira como foram implantados, bem como diferenças que se estabelecem pela visão e atuação da equipe sobre o serviço, ou seja, os atores institucionais, que representam “[...] o elemento estruturador por excelência. Uma instituição só existe na prática de seus atores institucionais [...]” (ALBUQUERQUE, 1978, p. 72).

Cada CAPS apresenta suas peculiaridades, assim como a ala psiquiátrica do Hospital de Base, porém um fato comum a todas essas instituições, a partir das falas dos profissionais, é a alta demanda e a falta de visibilidade e de investimentos na saúde mental pela gestão

pública, que apesar disso tem melhorado com o passar dos anos em Porto Velho, segundo os relatos.

Há perspectivas de que essa demanda se amplie, pois, além de atender os usuários da capital, essas instituições prestam atendimentos a muitos pacientes advindos do interior do estado, do interior do Amazonas e da Bolívia, país que faz fronteira com Rondônia. Outro fator que contribui para a alta demanda é o crescimento de Porto Velho e dos demais municípios, que faz com que o estado continue a receber muitos migrantes em busca de oportunidades de trabalho.

Existe, ainda, uma demanda que é encaminhada muitas vezes sem critério, sem muita compreensão do papel do CAPS, feita por outras instituições de saúde, escolas, instituições da assistência social, entre outros. Em muitos desses encaminhamentos o usuário não possui o perfil para ser acompanhado nesta instituição, pois segundo os relatos, há encaminhamentos feitos ao CAPS de pessoas que estão passando por processos de perdas naturais ao longo da vida, ou perdas de familiares, ou um episódio de insônia, sem maiores prejuízos e, imediatamente, elas são enquadradas como “pacientes CAPS”. Nesse sentido, houve a necessidade de se reestruturar a forma de acolher tais usuários no serviço, pois as estratégias que se utilizavam, anteriormente, para o acolhimento, atentavam apenas para os encaminhamentos, mantendo a demanda sempre alta. Por isso muitos usuários desistiam do acompanhamento, por terem que esperar muito tempo para serem atendidos, ou por não ser público-alvo da instituição. “Com o tempo eu fui vendo que realmente existem as limitações da instituição e que se a gente não reconhece nossos limites, atendemos tudo que os outros encaminham, sendo que muitas vezes não é o nosso público” (E12).

Foi possível observar que nos CAPS onde os ambulatórios de saúde mental funcionam no mesmo espaço físico, por vezes, as características de atendimento se confundem, como podemos observar nas falas de E8 e E2 que atuam nessas instituições. “O CAPS aqui é muito carente de atendimento CAPS, digamos assim, aqui é muito ambulatorial. A maioria das pessoas que vêm aqui para a consulta médica apenas vem pegar receita para a medicação” (E8).

Muitas vezes eu percebo o CAPS atuando como um manicômio aberto, o paciente vem para cá passa o dia inteiro aqui, a única diferença é que antes ele não ia embora para casa. Mesmo ele podendo trabalhar, estar na comunidade, tendo condições para fazer outras coisas, ele não vai, é mais fácil para ele estar aqui. Ele se vincula ao benefício assistencial, e aqui é um lugar onde eles são acolhidos, são bem vindos, não são destratados. Só que eles não enfrentam a realidade lá fora (E2).

Sobre essa questão é importante destacar que, apesar das propostas de desinstitucionalização, muitos serviços substitutivos constroem seus protocolos ainda com práticas remanescentes aos modelos asilares, hospitalocêntricos, não efetivando as práticas psicossociais.

Não haverá desinstitucionalização do doente mental se não houver redefinição da institucionalidade que submete a todos. A desinstitucionalização do “outro” produzirá com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, na liberdade, na justiça social, convivência dos diferentes, entre outros princípios; ou então será um artifício da trama institucional dominante para atualizar os seus valores, incorporando novos interlocutores e novos conceitos que emergem de processos conflituais (DAÚD JR, 2010, p. 95).

Em outra instituição a fala de E4 mostra prática semelhante, embora nessa instituição não funcione ambulatório de saúde mental no mesmo espaço físico.

Eu acredito que em relação a Porto Velho, e também pelo o que eu li de algumas experiências em alguns municípios, onde os CAPS são recentes, estamos muito centrados no modelo de especialidades, no modelo médico. A gente tem buscado outras formas, o que é bacana é que a equipe é nova, mas a gente também não sabe muito o que fazer. Eu considero o CAPS “X” hoje (como ele está estruturado, não que ele vá ficar assim, que ele esteja condenado a ficar desse jeito), mas nesse momento ele está configurado como o CEM¹⁴ (E4).

Percebe-se aqui uma lógica de funcionamento da instituição que se configura no modelo médico; contudo, a proposta do CAPS que visa ampliar o atendimento para além dessa perspectiva fica negligenciada. Scarcelli (2011) discute essa questão, ressaltando as situações que envolvem a implantação dos CAPS, que apesar das propostas dos documentos oficiais preconizarem a prioridade de programas de desinstitucionalização: “[...] as medidas efetivamente tomadas na direção de uma reorientação do modelo de saúde mental evidenciam distanciamento entre propostas e o que de modo efetivo se implanta nos níveis locais” (SCARCELLI, 2011, p. 160).

Pode-se observar na Portaria 336, que regulamenta os CAPS, a determinação de suas modalidades, número de profissionais que deve conter cada serviço e quais localidades devem ser implantadas levando em consideração a população existente. Entretanto, observa-se que, por exemplo, cidades que possuem população a partir de 20.000 habitantes, estão aptas a implantar o CAPS I, possuem uma equipe pequena para prestar um serviço amplo, que engloba além do atendimento dos usuários de transtornos mentais severos e persistentes, os usuários de álcool e outras drogas, tornando-se nesses municípios uma demanda elevada,

¹⁴ O profissional refere-se ao Centro de Especialidades Médicas, que existe em Porto Velho.

além do atendimento das crianças e adolescentes. Portanto, as diretrizes não preveem essas necessidades, como, por exemplo, a ampliação da equipe para potencializar tais atendimentos, o que de fato tem gerado serviços que não realizam ações voltadas à desinstitucionalização e reinserção da pessoa em sofrimento mental.

Nos serviços de saúde mental implantados em cidades de médio porte, como Porto Velho, também é possível, em alguns momentos, observar a prática descontextualizada no sentido do atendimento psicossocial, pois há uma preocupação da gestão em cumprir com a implantação dos serviços; contudo, não há uma estratégia ainda de avaliação e monitoramento do funcionamento e alcance dessas instituições.

Os profissionais entrevistados trouxeram suas dificuldades para atuar na instituição e, dentre essas, apareceram questões de ordem estrutural e dificuldades para a comunicação entre os demais órgãos, sejam de saúde ou de outros setores. Em alguns relatos existem problemas para atuação pelo fato de não haver requisitos básicos para o funcionamento, como por exemplo, falta de telefone na instituição, dificultando a comunicação e o acesso à informação pela população, agendamento de consultas etc. Observou-se também a dificuldade que se encontra de protocolar algumas ações por conta da alta demanda e da divergência entre prioridades pela própria equipe.

Existe uma dificuldade de organização do serviço, das práticas, até por conta da demanda enorme. Existe também uma dificuldade clara, as novas ideias são combatidas por pessoas que estão há mais tempo no serviço. Eu sinto muito essa dificuldade, com as pessoas que já estão na área há mais de 30 anos, que de alguma forma bloqueia o trabalho de quem é mais novo, coloca empecilhos e dificuldades e, às vezes, impede de fato o nosso trabalho. O que eu arranjei de recurso, até para a minha própria saúde mental, foi recuar, pelo menos nesse primeiro momento, até porque a direção não “toma partido”. Optei por recuar e ir desenvolvendo o trabalho devagar na medida do possível (E2).

Observa-se, no relato acima, características da dinâmica institucional, informando sobre os conflitos, dificuldades, estratégias adotadas por E2 para a realização do trabalho na instituição. Pode-se relacionar ainda com os conceitos de instituído e instituinte. O primeiro refere-se a algo que está estabelecido, cristalizado. O segundo se refere ao movimento, ação, criação, ou seja, práticas que proporcionam mudanças. Diversos profissionais relatam nas entrevistas realizadas esse movimento entre o instituído e o instituinte em suas falas. A seguir, destacamos dois trechos em instituições distintas que ilustram essa dinâmica:

Grupo de psicoterapia deixou de funcionar aqui e algumas oficinas acabaram, se extinguiram. Então, ficou muito esse ranço, “Ah não dá certo!” Por exemplo, estamos estudando pra fazer grupo com a família. Já discuti bastante com algumas

peessoas da equipe e aí várias delas, que são profissionais muito competentes, acham que é muito difícil trabalhar com a família, que grupo da família não vai pra frente. É meio que assim: “A gente até faz, mas não vai dar certo” (E12).

Quem está nessa instituição de saúde mental, muitas vezes não está aqui por interesse. Às vezes é cargo político, não é um técnico da saúde mental, tem medo de perder o emprego, de alguém tomar o lugar e acaba manipulando informações, poder, não há discussões amplas. [...] Então se você falar, você vai contra o sistema. Toda vez que se relata algo que ocorre aqui, não é o que aconteceu que se torna grave. É quem falou que se torna o problema (E11).

Nos dois trechos observa-se a tentativa de inserir práticas diferenciadas no que está cristalizado na instituição, porém há uma crença de que nada pode ser mudado, transformado. Desse modo, a instituição permanece com um caráter permanente e estático. Observam-se relações institucionais nas quais práticas instituídas se cristalizaram e quando há a necessidade de discussão para dinamizar algumas mudanças, ou não existe esse espaço para tal prática ou quando ocorrem não fazem tanto sentido para efetivar mudanças.

Certamente conflitos aparecem na dinâmica dessas instituições, seja por conta da dinâmica instituído-instituinte, ou por diversos outros fatores que aparecem e são pontuados em cada uma das instituições por seus atores institucionais. Bleger afirma:

O melhor grau de dinâmica de uma instituição não é dado pela ausência de conflitos, mas sim pela possibilidade de explicitá-los, manejá-los e resolvê-los dentro do limite institucional, quer dizer, pelo grau em que são realmente assumidos por seus atores e interessados no curso de suas tarefas e funções (BLEGER, 1984, p. 51-52).

Destaca-se que a rotatividade da equipe técnica e dos profissionais que exercem o cargo de coordenação foi um dos pontos relatados como agravante para se estruturar o funcionamento da instituição, que segundo os entrevistados se deve a diversos fatores, entre eles o desgaste do trabalho, gerador de estresse entre os profissionais e a falta de identificação de alguns com as atividades desenvolvidas no serviço. Outro fator agravante que se pode perceber foram questões de ordem financeira, pois não há nos salários nenhum tipo de gratificação para o trabalho em saúde mental, fala recorrente nas entrevistas realizadas.

As questões burocráticas da dificuldade das compras de materiais para oficinas terapêuticas e a escassez de profissional qualificado para tal atividade também foram elencadas nas dificuldades do cotidiano das instituições, pois o cargo de Terapeuta Ocupacional, por exemplo, foi criado no quadro da prefeitura municipal, por exemplo, apenas no final do ano de 2010 e poucas instituições os possuem no quadro da equipe técnica.

A questão das oficinas terapêuticas é trazida e atribuída como uma das falhas no funcionamento do CAPS. Segundo E15, a falta de oficinas terapêuticas pensadas com

critérios e com tempo de duração definido para o público atendido no CAPS é um fator agravante, levando em consideração o que é proposto no atendimento psicossocial. Uma das dificuldades para que isso ocorra, segundo o entrevistado, é justamente a falta de profissional de Terapia Ocupacional no quadro do CAPS em questão.

6.1.2 Compreensão a respeito do atendimento em saúde mental

A temática desta categoria pode ser observada nas entrevistas, sob as diferentes óticas apresentadas nas falas dos entrevistados. Além da própria visão, foram elencadas as diferentes formas de compreensão da saúde mental dos atores institucionais a partir das relações que eles estabelecem com a instituição. Incluíram-se os gestores, profissionais que atuam nas instituições e usuários.

Observou-se que a visão dos gestores municipais, como a do secretário de saúde, seria pautada, ainda, pelo modelo médico, visando à cura e exigindo relatórios da instituição que apresentem números de “curas” e resultados.

Queriam que apresentássemos dados sobre cura de pacientes, e aí, vamos discutir com o gestor que não há essa questão da cura, que a questão é um olhar de uma escuta, de um acolhimento, de um acompanhamento. É lógico que a qualidade de vida não é a mesma coisa de simplesmente eliminar o sintoma. Então, são coisas muito difíceis de qualificar, quantificar. É preciso que o poder público enxergue a saúde mental, qual é o nosso papel, nós nos fazermos ouvir. Tem toda uma questão, tanto dos trabalhadores quanto do poder público, nessa concepção do SUS, os gestores trabalham no SUS, mas não tem ideia do que é o SUS. Fico sempre muito preocupado com a ideia que os gestores têm sobre a saúde mental, de que a gente tem que resolver todos os problemas. Tem algumas coisas que temos que compartilhar com a sociedade como um todo, diminuir o preconceito, entender o que é doença mental. (E12).

Analisa-se que há uma dificuldade dos gestores em compreender o que é o trabalho no SUS e na saúde mental, pois, grande parte deles afirmou não terem sido preparados para atuarem em tal contexto. Existe uma visão de que é necessário resolver todas as questões, atender o maior número de pessoas, mas não há um pensamento de compreender a lógica de funcionamento do serviço: ou de buscar alternativas via política pública para potencializar e ampliar a funcionalidade dessas instituições.

A população também apresenta, ainda, uma ideia marcada pelo preconceito sobre o transtorno mental e, conseqüentemente, a respeito da instituição “CAPS” em Porto velho, segundo pode-se constatar nos relatos dos entrevistados. Existem pessoas que não entram na instituição por medo de serem rotuladas de loucas. Muitos usuários desse serviço não aceitam

atestado da instituição, por conta do preconceito enfrentado no trabalho, pois a partir da identificação nos atestados de que a pessoa é usuária do serviço de saúde mental, passa a ser vista de forma diferenciada. Por tal razão há o relato de que alguns usuários do CAPS movem processo judicial contra empresas nas quais trabalham pelo fato de sofrerem assédio moral e perseguição.

Quando os usuários dos CAPS chegam para serem atendidos nos CAPS de Porto Velho advindos dos municípios do interior, mesmo em seu município de origem havendo a instituição CAPS, a justificativa explicitada por essas pessoas é de que essas instituições não possuem médicos para realizarem o atendimento e por tal razão se deslocam até a capital. Um dos profissionais entrevistados sobre tal situação diz:

A visão da saúde mental ainda é distorcida. Às vezes, escuto que alguns CAPS do interior estão fechando, porque não tem médico. Não entendo, até porque o CAPS não se limita ao atendimento médico, mas infelizmente nesses casos ainda estão centrados nesse atendimento. (E13).

O relato a seguir de E12 nos remete à mesma situação, trazendo uma ideia de como os próprios profissionais, seja da rede básica de saúde ou de outras instituições, vislumbram o atendimento em saúde mental. “Aí, muitas vezes, a visão de medicar tudo, uma visão de que: “- Não, isso aqui não é atribuição do médico, isso aqui é para o psicólogo!” Ou a pessoa está com insônia: “- Não posso atender isso, tem que ir para o CAPS.” (E12). Nessas falas percebe-se que qualquer pessoa que passe por situações cotidianas que possam desencadear uma crise temporária que impacta sobre sua saúde mental, mesmo não se caracterizando como transtorno mental persistente que demande um tratamento específico, é rotulada, mostrando um despreparo de muitos profissionais para a compreensão mais ampla do próprio conceito de saúde. “[...] saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que, do mesmo modo, são condições altamente complexas” (AMARANTE, 2011, p. 19). Nesta direção, o mesmo autor alerta sobre o risco dos reducionismos da existência humana a partir de categorizações.

A compreensão do atendimento em saúde mental foi apontada nos relatos também pela ótica da família do usuário, que em alguns casos não aceita que o familiar seja usuário do CAPS, pois é instituição para loucos. Há também a família que espera a cura de forma imediata, espera ver resultados. Reforça-se assim a visão curativa, do modelo tradicional da clínica médica posta sobre os CAPS. Apesar dos relatos da dificuldade da família compreender o atendimento em saúde mental, há depoimentos no outro sentido. Existem

familiares que auxiliam no tratamento de forma fundamental e é quem traz informações importantes sobre o familiar em tratamento para a equipe.

Alguns relatos aparecem ilustrando uma compreensão ampla do papel da instituição e do atendimento em saúde mental:

O CAPS não fica aqui só na unidade, ele é abrangente, expressivo, é mais uma estratégia, alternativa onde há oferta de serviço em atendimento em saúde mental, mas, sobretudo onde a gente tenta socializar informações, esclarecimentos e tenta romper com essa questão da institucionalização, da exclusão. Eu vejo como algo plástico, dinâmico, o CAPS tem ares dinâmicos. (E6).

Aparecerem ainda relatos ressaltando a importância do acolhimento, reinserção, desinstitucionalização, porém quando questionados sobre a prática desses aspectos, há um distanciamento considerável entre o discurso e a prática. Existem ações nesse sentido, porém há relatos de dificuldades de diversas ordens para realização dessas práticas, que serão salientadas na categoria seguinte.

6.1.3 Formação e ações dos profissionais

Nesta categoria optou-se por explorar com maior intensidade as entrevistas dos profissionais de Psicologia, na tentativa de compreender o objetivo maior dessa pesquisa que é a sua atuação no contexto da rede de saúde mental.

Nos relatos percebe-se que a formação para atuação em políticas públicas em saúde mental, principalmente a temática da dependência química, ainda é considerada defasada, sobretudo no curso de Psicologia. Haveria apenas uma breve introdução dos temas necessários e das legislações referentes.

Ressalta-se que entre os onze profissionais de Psicologia, 81% iniciaram o curso após a criação da Lei 8.080 que criou o SUS, 63% iniciaram após a criação da Lei 10.216, principal legislação sobre a saúde mental no país. Ainda assim, os entrevistados alegam não terem tido disciplinas que contemplassem tais legislações e as demais políticas públicas referentes à saúde mental e saúde pública. Entre os entrevistados, menos de 30% concluíram o curso de Psicologia fora de Rondônia, permitindo observar com maior ênfase a realidade da formação no estado.

Os profissionais que concluíram a graduação recentemente entre 2009 e 2011 relatam que a formação contemplou a atuação na saúde mental “na medida do possível” (E8), os que mais se beneficiaram dessa formação foram os profissionais que fizeram estágio curricular

nas instituições CAPS no último ano da graduação. A concentração desses estágios nos últimos semestres aparece como crítica negativa entre os entrevistados, pois de acordo com eles, os estágios deveriam ser distribuídos ao longo do curso. Observou-se que para os demais, a atuação no contexto das políticas públicas ficou defasada. Apenas, dois entrevistados consideram a formação como positiva para atuação em contextos diferenciados da clínica, e atribuem esse fato ao envolvimento em projetos de pesquisa, seja via extensão ou iniciação científica. No entanto, enfatiza-se que tais projetos não contemplam todos os alunos nas universidades.

A inserção desses profissionais nas instituições de saúde mental fez com que ocorresse uma mudança de práticas, antes fundamentada na perspectiva clínica individual, não contemplando as diversas necessidades das instituições cujo atendimento pauta-se na lógica psicossocial, como se pode ilustrar no trecho a seguir:

Quando a gente sai da universidade, eu, por exemplo, tive uma formação clínica. A gente sai da faculdade com a noção de hora marcada, sala fechada, *setting* terapêutico. O CAPS tem essa coisa de ser multi. Não sei se você percebeu, aqui não há sala de Psicologia, há consultórios que todos os técnicos que precisem atender utilizam. Então, nesse sentido, é riquíssimo para nós, pois ampliamos nosso campo, nossa visão, até mesmo os nossos paradigmas. (E3).

O trecho acima vai ao encontro da maioria dos psicólogos entrevistados, destacando a formação clínica como foco e a dificuldade para atuar no contexto das instituições de saúde, por não conhecerem tal realidade em sua formação. O trecho a seguir representa de que maneira a Psicologia tem se inserido nesse CAPS, onde o profissional em questão atua. Ressalta-se que, como a maioria, tal profissional relata que sua formação não contemplou a atuação no contexto da saúde pública e foi voltada para atuação clínica de orientação analítica.

A Psicologia aqui no CAPS não tem um rumo, não há um norte, e não estou dizendo em relação a linhas ou escolas teóricas. É em relação a não compreensão do que a Psicologia faz dentro do CAPS. Cada um faz o que acha que é certo, não há um consenso. Eu, quando vim para cá, pensei, vou partir do princípio de que existe uma legislação vigente em saúde mental e que é essa legislação que vai me dar base para o meu fazer. Seguindo essas normativas que eu fui pensar o que eu poderia fazer aqui. (E7).

A mudança de paradigmas, como citado anteriormente na fala de E3, é uma necessidade constante para a atuação no âmbito psicossocial. Sobre tal temática Ferreira Neto (2011) discute sobre a inserção desses profissionais neste contexto, que além de

desenvolverem ações coletivas, atendimento clínico às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, “[...] o psicólogo é convocado a apresentar competências e habilidades tanto da área clínica quanto da psicologia social. Demonstrando assim os riscos de uma formação que se segmenta e antagoniza esses dois campos.” (FERREIRA NETO, 2011, p. 48-49).

Há outra discussão pertinente ao tema tecida por Campos (2008), que alerta a ocorrência de uma “babel epistemológica”, na qual diversas correntes de pensamentos se misturam e são encobertas pelo rótulo de reabilitação psicossocial. Essa situação ocorre devido ao fato de os profissionais serem obrigados a buscarem conceitos e formas de fazer clínica ou reabilitação.

Para esta tarefa, de atuar em consonância a esse contexto da inserção da Psicologia no SUS e nas políticas públicas, observa-se na entrevista de outro profissional uma tentativa de mudança na formação, contemplando a atuação da Psicologia, diferente da prática clínica, não somente na saúde, mas em outros segmentos, como na educação, ressaltando as questões sociais nas quais a Psicologia se insere.

Eu lembro que foi discutida, bastante, a questão do ideal, às vezes a gente é preparado para lidar, por exemplo, com um público bonitinho, sem problemas sociais, aquela coisa que não existe. Nós discutíamos muito nesse sentido, tanto na educação quanto na saúde e foi muito positivo. (E5).

Nas instituições pesquisadas, observou-se que apenas em uma delas os profissionais de Psicologia realizam exclusivamente atendimentos de psicoterapia individual, apesar de reconhecerem a necessidade de introduzir práticas diferenciadas no contexto psicossocial. Argumentam que existe uma grande demanda e, além disso, há funcionamento de um ambulatório de saúde mental implicando em terem que atuar de tal maneira. Nas demais instituições os profissionais além de atendimentos individuais têm em suas práticas ações de acolhimento, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, visitas institucionais, grupos com as famílias, ou seja, executam ações para além da prática psicoterápica clínica, apesar de muitas ações não serem levadas a termo, devido ao grande número de pacientes e à falta de recursos, como material para as oficinas.

6.1.4 Comunicação e o trabalho em equipe

A comunicação entre os profissionais em algumas instituições pesquisadas acontece de forma muito precária. Em algumas se observa que existe protocolos de reuniões onde ocorrem estudos de casos e discussões sobre questões cotidianas de cunho institucional. Mas predomina a falta dessas ações, como reuniões para discussão dos projetos terapêuticos e acompanhamentos dos usuários, levando a práticas individualizadas e cada profissional agindo a partir da sua própria compreensão do que é ou deve ser um CAPS.

Nas instituições CAPS as equipes técnicas se revezam em turnos distintos e a maioria dos profissionais possui outro vínculo empregatício no turno oposto o que dificulta o agendamento de reuniões. Percebe-se que em um dos CAPS os profissionais de Psicologia são os que menos se comunicam entre si. Houve a tentativa de padronizar algumas práticas, mas sem consenso. Embora muitos profissionais efetuem um protocolo de atendimento no CAPS, todos os psicólogos continuam a praticar somente a psicoterapia individual.

Os trechos seguintes demonstram de forma mais nítida como ocorre a comunicação da equipe e como os entrevistados a consideram:

Se há uma dificuldade aqui é essa. Consigo conversar mais com o enfermeiro, assistente social, às vezes, do que com o próprio psicólogo. A princípio, tentou estabelecer uma dinâmica: “- Como a gente faz? Vamos dar uma unificada no nosso protocolo”. Não aconteceu e cada um acaba tendo o seu protocolo. (E1).

Ressalta-se que a comunicação entre a equipe é considerada “difícil”. Há uma nítida dificuldade de relacionamento entre os profissionais que atuam dentro de uma mesma especialidade. Segundo os relatos colhidos, observa-se que há um dissenso sobre a compreensão do trabalho em equipe neste contexto da saúde mental preconizado pela atenção psicossocial. “A equipe não é homogênea. Nós temos até mesmo a questão do que é a saúde mental, do que é o transtorno mental. A questão do trabalho multidisciplinar é bem difícil em alguns aspectos (E12)”. Observa-se que há uma divergência entre a equipe na compreensão sobre o que é saúde mental, quais são as atribuições e prioridades do atendimento na instituição, o que dificulta uma comunicação e o protocolo entre os profissionais que formam a equipe multiprofissional.

Existem algumas práticas pontuais, localizadas para sanar demandas que ocorrem como mostra o relato:

As reuniões aqui não são institucionalizadas, digamos assim. Eu acabo resolvendo com os profissionais que são mais próximos, que são uma enfermeira, um psiquiatra e uma assistente social, a gente consegue se comunicar tranquilamente. De acordo com a necessidade e a demanda, nos reunimos e tentamos resolver (E8).

De acordo com Luzio (2011, p. 165), “a constituição e o funcionamento da equipe da atenção psicossocial devem superar a ideia de agrupamento de especialistas e incluir dispositivos facilitadores do intercâmbio necessário entre seus membros”.

Nas instituições em que há reuniões como protocolo institucionalizado nas práticas da equipe os relatos apontam para um pensamento nessa direção, como podemos ver no fragmento a seguir:

Em relação à equipe, há um ou dois profissionais que não se envolvem com o serviço, os demais aqui conseguem interagir em equipe. Há um momento de reunião para estudos de casos, a equipe é nova com vontade de fazer dar certo. As profissionais da área médica são bastante acessíveis, compartilham as inquietações que elas passam aqui no serviço. Em relação à coordenação as coisas aqui sempre foram dialogadas, resolvidas em equipe. Com a mudança da coordenação não se quebrou essa prática, há sempre a possibilidade do diálogo. O que é muito bom. (E5).

Observa-se nesse trecho que a equipe consegue manter uma comunicação mais efetiva acerca das questões cotidianas da instituição. Contudo, ainda se configura como um desafio as práticas de reuniões nas demais instituições pesquisadas, o que pode ser apontado como ponto frágil para as equipes, pensando na prática interdisciplinar.

6.1.5 Território e Rede

A discussão da formação e articulação da rede, incluindo as instituições específicas do atendimento em saúde mental e as demais instituições intersetoriais, ainda é pouco explorada considerando as necessidades das instituições pesquisadas. Percebe-se que existe uma tentativa de articulação dessa rede, mas a iniciativa de mudança caminha a passos lentos, marcada por ações pontuais que, muitas vezes, são interrompidas por diversas situações, tais como: mudança de governo ou das prioridades de ação na saúde mental, persistência da lógica dos encaminhamentos de forma verticalizada, falta de discussões sobre a real necessidade do usuário e falta de conhecimento acerca do funcionamento da rede de saúde mental e sobre as atribuições das instituições que podem compor a rede.

A lógica de definir o atendimento no território ainda é uma dificuldade. Observa-se que a visão que ainda se propaga é de que se o paciente é usuário dos serviços de atendimento

em saúde mental, é “paciente CAPS” e somente esta instituição deveria atender e se responsabilizar por tal usuário, descaracterizando a ideia de circulação em seu território e seu cuidado fica restrito à instituição de saúde mental, contrariando o conceito de território que

[...] não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004, p. 11).

Essa concepção é difícil de ser absorvida nas instituições de saúde, ora por conta da demanda, ora pelo fato de não compreender a integralidade das práticas de saúde como propõe o SUS e pelo modo que a gestão pública, ao implantar as políticas públicas, considerando a lógica territorial, define esse espaço que, muitas vezes, é confundido com uma regionalização, pois desconsidera aspectos socioculturais locais.

Temos assim na gestão política essa dupla face do território; de um lado as condições e modos de vida das populações, de outro, a gestão pública que administra e recorta os espaços territoriais de modo artificial, criando “regiões territórios” ou territórios administrativos a serviço das necessidades da própria administração. Portanto no campo das políticas públicas a noção de território não é unidirecional (FERREIRA NETO, 2011, p. 65-66).

Sobre a questão territorial os entrevistados expõem, nos dois trechos seguintes, suas concepções e as dificuldades que encontram, para que essa lógica aconteça nos serviços em que atuam.

Nós aqui nesse CAPS estamos localizados aqui no bairro “Y”, então a nossa abrangência seria o entorno, mas aí tem uma elasticidade, pois a gente absorve os pacientes do interior do estado, do interior do Amazonas, interior do Acre, bolivianos, e agora temos os haitianos¹⁵. É complicado. A territorialidade para nós, nesse momento, está muito larga, muito abrangente. A demanda chega e temos que dar conta, pois somos SUS, e muitas vezes nessa questão de dar conta a gente extrapola a nossa capacidade (E3).

Uma grande dificuldade que nós temos, agora, é essa questão do território. Eu estava falando, justamente hoje, com uma colega lá da secretaria de saúde. Ela queria encaminhar o paciente para o CAPS, aí é “o paciente CAPS”! Eu falei: “- Não, ele não deixa de ser um paciente da unidade de saúde! Ele continua morando naquele território. Continua tendo que ser atendido pelo médico da saúde da família” (E12).

¹⁵ O profissional entrevistado se refere à chegada de um número alto de haitianos ao Brasil que estão tentando sair da situação em que o país de origem se encontra, em busca de melhorias. A porta de entrada dos haitianos ao Brasil tem sido pelo estado do Acre e depois se distribuem por Rondônia e demais estados.

Uma das grandes dificuldades apontadas para a organização da rede é a comunicação que ainda ocorre de forma precária com a atenção básica. Resolver essa situação, até para que haja uma diminuição da demanda nos CAPS, parece ser uma prioridade, pois muitos atendimentos poderiam ser efetivados nas unidades básicas de saúde. Quando questionados sobre quais ações estavam sendo pensadas para solucionar tal situação, os gestores da saúde mental apontaram para as que estão sendo desenvolvidas no sentido de qualificar com cursos de capacitação os profissionais das unidades básicas para lidar com a demanda da saúde mental, e a implantação do NASF como algo que vá ajudar nesse sentido.

O principal entrave é o não funcionamento a contento da rede de assistência. Se a rede funcionasse como deveria eu acho que seria bem melhor. Existe na rede básica o PSF, as UBS, e agora tem as UPAS recém-inauguradas, que estão para compor essa rede também, só que na maioria das vezes a gente se depara com esse entrave da rede não funcionar direito. Determinada região não é coberta ainda pelo PSF, determinado bairro não tem uma unidade básica de referência, aí fica difícil quando o CAPS precisa inserir o paciente lá na comunidade, porque o CAPS também é reinserção, e aí quando precisa dessa contrapartida, desse complemento ao trabalho do CAPS, existe uma certa dificuldade. (E3).

Em relação à estruturação da rede existe um intercâmbio ainda tímido entre as instituições. A importância e a necessidade dessa perspectiva foram apontadas nas entrevistas de maneira geral, porém foi possível compreender que as ações que ocorrem nesse sentido são desenvolvidas somente por alguns profissionais e como prática não institucionalizada entre as instituições. Ocorrem via profissionais que têm afinidade pessoal com os profissionais de outras instituições e acabam conseguindo fazer essa comunicação. Os dois relatos a seguir demonstram como ocorrem tais práticas

Institucionalizada ainda não há a prática do trabalho em rede, mas quando chega a demanda, a gente vai saber com quem e onde pode-se buscar. Já existem aqui no CAPS algumas iniciativas nesse sentido. Se há uma enfermeira que trabalha aqui e que trabalha na unidade de saúde de tal lugar, então ela já faz essa ponte. Eu acho que é o caminho, é o primeiro passo. São ações pontuais que tem que começar de alguma forma, e aqui está sendo assim. Algumas iniciativas já estão em andamento. Existe uma dificuldade nessa devolutiva, no que a gente chama de *feedback*, até pela nossa demanda, que é tão grande, que às vezes fica difícil retornar. Esse é um dos pontos que se pode considerar como dificuldade, a não ser se há uma colega daqui que trabalhe nesse local. Como eu falei facilita a comunicação (E4).

Tudo depende de como a rede de cuidados funciona e hoje funciona muito pouco, depende do profissional, não depende da dinâmica do serviço, depende da sua boa vontade, e se não é pra ser boa vontade, é política que é para ser feita. No geral as pessoas estão abertas a esse trabalho, não sei por que ainda não deu certo ainda, mas ainda funciona de maneira informal. A gente conhece a equipe de um PSF, por exemplo, aí a comunicação só funciona com essa equipe, se há necessidade de comunicar com outros profissionais desse PSF em outra situação começa tudo do zero. (E7).

Apenas em uma das instituições pesquisadas parece haver a construção de protocolo para o trabalho em rede, pois há um profissional de Psicologia que foi denominada profissional referência para dialogar com as demais instituições.

Além dessa questão do acolhimento, atendimento individual e em grupo, eu sou a profissional de referência que dialoga com o juizado, com a escola, quando há questões relacionadas às queixas escolares, conselho tutelar. Tem a parte relevante do acolhimento, onde há situações onde é necessário fazer uma triagem, dar esclarecimentos, além desse trabalho, a gente tenta possibilitar que diminua a complexidade de algumas coisas. Uma coisa interessante que está acontecendo aqui é a preocupação de referenciar para outros serviços, e acompanhar. Nós vamos às outras instituições, tentamos compreender qual é o papel delas, esclarecer qual o nosso papel e dialogar nesse sentido. (E5).

Em uma perspectiva geral observou-se, a partir dos relatos, que os trabalhos realizados para fortalecer e, até mesmo, estruturar a rede, ainda caminham a passos lentos. Ocorrem ações pontuais com as unidades de atenção básica, com outros CAPS e com outras instituições intersetoriais, sempre isoladas. Ainda há uma lógica pautada nos encaminhamentos, tendo gerado uma demanda para os CAPS, seja por dificuldades de comunicação, ou por falta de estratégias e de protocolos para a efetivação dessa comunicação e do trabalho em rede, que incluem aí desde as instituições de saúde até os segmentos intersetoriais.

Além dessas situações, o atendimento em saúde mental ainda é buscado pelos usuários do interior do estado na capital, apesar de muitos municípios possuírem CAPS. No total, existem atualmente vinte instituições CAPS no estado, segundo os dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental. A rede, portanto, do interior e da capital também não consegue manter uma comunicação efetiva e nesse sentido a lógica do território fica descontextualizada.

Um exemplo da forma de estruturação dos CAPS no interior que será apresentada a seguir pode ser um indicativo do deslocamento dos pacientes para procurarem atendimento na capital. Vilhena, localizada no sul do estado, a cerca de 700 km da capital, implantou o CAPS I em 2009, e até o final de 2010 funcionava no mesmo espaço físico do Serviço de Assistência Especializada (SAE), instituição que realiza o acompanhamento de pessoas que possuem o vírus HIV. Não havia uma equipe especializada para atender à demanda e os mesmos profissionais que atendiam no SAE prestavam atendimento às pessoas com transtorno mental, que, até esse momento, só recebiam atendimentos médicos. Em 2010, o Ministério Público de Rondônia por meio da Promotoria de Vilhena concedeu o prazo de 30 dias para que a prefeitura do município adequasse o funcionamento do CAPS em uma sede própria, pois não

havia justificativas para não possuírem tal sede, já que o município já havia recebido notificação da vigilância sanitária e havia recebido cerca de 20 milhões, somados às quantias recebidas em 2009 e 2010, pelo Ministério da Saúde, segundo informações nos *sites* do Ministério Público de Rondônia e do Portal Jus Brasil notícias¹⁶.

Outra questão importante sobre as dificuldades para a rede se estruturar é em que lugar a saúde mental é colocada dentro das perspectivas da gestão pública, pois segundo os relatos, há uma discussão sobre a questão da regulação do fluxo entre a atenção básica, média e alta complexidade em Porto Velho, porém a saúde mental não foi inserida nessa discussão. Além dessa questão, há uma prioridade nos atendimentos aos dependentes químicos, pelo aumento do uso do crack entre a população e os atendimentos às pessoas com transtorno mental estão ficando em segundo plano.

Em relação ao poder público eu acho que nós temos que caminhar muito, inclusive pela própria construção de Porto Velho, de termos capital e dos serviços serem referência para o interior. Essa questão da rede funcionar no interior, o paciente vir de Vilhena a Porto Velho, realmente havia necessidade de esse paciente vir até aqui? Como é que está funcionando essa rede nos interiores? Tem uma discussão para abrir CAPSad em várias cidades, mas os CAPS que já têm lá já deveriam ter programa, alguma coisa para trabalhar com essa demanda. Estão sobrecarregados, aí você vai criar mais um serviço sem fortalecer o serviço que já existe. (E12).

Os profissionais entrevistados propõem a sensibilização tanto da gestão pública, quanto dos profissionais para efetivar a estruturação do atendimento em rede, pois até agora não foi possível um avanço nesse sentido. Há um crescimento do número de CAPS no estado, contudo não há uma consolidação dessas instituições.

Segundo o relato de E17, há uma proposta de implantação de CAPSad em todas as regionais de saúde do estado de Rondônia, e implantação de leitos específicos para a saúde mental no estado, conforme já mencionado. Além dessas perspectivas de ampliação de serviços, E17 ressalta que a cobertura da rede de saúde mental com os dispositivos CAPS, em Rondônia, está acima da média nacional. “Nós temos a maior cobertura, até maior do que a média nacional, de acordo com o DataSus. O estado de Rondônia tem a maior cobertura na Região Norte. Isso também não quer dizer que os serviços funcionam de forma excelente” (E17). Observa-se nesse relato a implantação de serviços pautados nos requisitos quantitativos, sem muitos critérios de avaliação do funcionamento da rede. Apesar de mencionar que o monitoramento, avaliação e capacitação são atribuições da gestão, essas

¹⁶ Disponível em: <<http://mp-ro.jusbrasil.com.br/noticias/2458630/mp-recomenda-adequacao-de-caps-em-vilhena>>; www.mp.ro.gov.br. Acesso em: 20 de mar de 2013.

atividades ainda ocorrem de forma pontual. O profissional entrevistado aponta a necessidade e perspectiva de ações nesse sentido prestes a ocorrer, para que haja um fortalecimento da rede de saúde mental.

Quando houve o questionamento sobre o trabalho em rede E17 disse:

Estamos começando. Há dez anos que trabalho mais diretamente com a equipe do CAPS de gestão estadual, e agora que as pessoas estão assimilando, atendendo essa solicitação. Faz essa intersetorialidade, não com a intensidade que a gente gostaria que fosse e que deve ser: intersetorial e institucional, com essas equipes multidisciplinares, para fazer esse trabalho em rede. Mas está começando, engatinhando, mas vamos conseguir. (E17).

O entrevistado pontuou que uma das dificuldades para o trabalho em rede é a formação que os profissionais recebem para atuação nas instituições. Segundo seus relatos, os profissionais são preparados para atuarem em contextos específicos: “A própria academia forma a gente para trabalhar na “caixinha”. Mudar essa conduta, nessa forma cristalizada para esse processo de trabalho, fica difícil, mas não é impossível” (E17).

Percebe-se mais uma vez a formação inadequada para atuação nesse contexto impactando no funcionamento da rede, pois para o funcionamento a contento, os profissionais precisam sair das “caixinhas” e dialogarem de forma eficiente não só com a equipe com a qual trabalha no dia a dia, mas também com outras instituições sejam da saúde, sejam de outros segmentos criando trajetórias de cooperação, pontos de encontro, simultaneidade de iniciativas com todos os atores envolvidos.

6.2 A Psicologia na rede de saúde mental de Porto Velho

A partir da discussão das categorias temáticas que se propôs nesta pesquisa, podem-se perceber aspectos importantes para a compreensão do objetivo principal da pesquisa: a atuação da Psicologia na rede de saúde mental. Uma característica que foi apresentada, pensando no que é proposto para o funcionamento das redes de saúde, conforme discutido na seção 2, é que Porto Velho ainda está iniciando esse processo do trabalho em rede de forma tímida e com ações pontuais que, na maioria das vezes, não são discutidas e pensadas como estratégias de cuidado em saúde a partir de uma política pública, visando à efetividade do cuidado ao usuário dessas instituições.

Nessa perspectiva a atuação dos psicólogos, a partir das observações feitas nos relatos desses profissionais, tem sido pouco representativa e com alcance restrito, levando em

consideração o âmbito psicossocial no qual se inserem práticas de ações coletivas, visando à reinserção do usuário em seu território, contemplando o acesso ao lazer, trabalho, cultura, entre outros. Para fundamentar tal informação, aponta-se o primeiro aspecto que apareceu como uma das dificuldades para que a atuação desses profissionais se ampliasse e contemplasse os aspectos psicossociais: a formação acadêmica. A maioria dos profissionais entrevistados salientou que essa formação não contemplou o conhecimento das legislações referentes à saúde pública e atuação em instituições de saúde. Alguns relatos exemplificaram as dificuldades que esses profissionais enfrentaram ao se depararem com um modelo diferenciado da clínica tradicional para exercer a Psicologia.

Os relatos a seguir demonstram de que maneira os profissionais de Psicologia pensam o trabalho em rede e quais ações desenvolvem nessa perspectiva

Eu, particularmente, ainda não realizei esse trabalho em rede, vejo as médicas realizando um trabalho com as unidades básicas. O que eu realizo, mais, é a comunicação com os outros CAPS, por ter maior proximidade com alguns profissionais. Há uma tentativa de realizar esse trabalho com as unidades básicas. É algo que ocorre pouco, ainda é desarticulado, precisa melhorar. Em relação aos outros setores, ainda não vi esse trabalho ocorrer. (E4).

O trabalho em rede é fundamental, eu acredito que o trabalho é multiprofissional, eu acho que pelo menos isso a gente consegue fazer. A atuação em rede é o que estou tentando fazer agora, marcar algumas reuniões com outros CAPS, para estabelecer esse diálogo, mas são com pessoas que eu tenho mais proximidade que dá para começar fazer essa ponte. (E8).

A partir dessas afirmações percebe-se que as próprias instituições nas quais esses profissionais se inserem não possuem um protocolo para realização do trabalho em rede e existe um desconhecimento do que de fato pode ser executado em um trabalho nesse sentido. Quando questionados sobre as razões que atribuem ao não funcionamento do trabalho em rede, diversas questões foram expostas, dentre elas, a demanda dos atendimentos que são realizados nas próprias instituições que, na maioria das vezes, acaba impedindo que os profissionais se mobilizem em ações fora da instituição no intuito de realizar esse trabalho.

Faz parte dessa demanda alta os usuários que procuram os CAPS somente para a obtenção de receita médica. Pensando nessa situação e buscando uma aproximação com a atenção básica, por meio da comunicação com as ESF, um dos CAPS pesquisados estava no processo de elaboração de um protocolo para efetivar essa prática, pensando na descentralização dos atendimentos e no início de um trabalho em rede de forma institucionalizada.

Segundo relata o profissional de Psicologia, o documento que estavam elaborando continha informações básicas do usuário do CAPS, como início do tratamento, diagnóstico, tempo de estabilidade, esquema terapêutico atual, para que as equipes da ESF se sentissem mais seguras em acompanhar o paciente no seu território, pois essa situação é apontada como outro ponto de dificuldade para o funcionamento da rede. Os profissionais das ESF, na maioria das vezes, não atendem os pacientes que utilizam a rede CAPS por compreenderem que é somente nessa instituição que ele deve ser acompanhado, desconstruindo uma das características fundamentais das redes que seria a inserção no território e acesso aos serviços.

Em relação ao trabalho dos psicólogos envolvendo a rede intersetorial, apenas um dos entrevistados afirmou realizar um trabalho nesse sentido, quando relata:

O CAPS, e eu, como profissional inserida na equipe, construo o trabalho em rede quando vou até a SEDUC, Unidade de internação, CREAS, CRAS, marco reuniões, tento entender o que eles fazem e explico qual é o nosso papel. A receptividade tem sido boa, mas a gente observa que há uma lacuna ainda grande, pois ainda chegam algumas situações aqui, que a gente, às vezes, não sabe o que fazer e nos perguntamos, por qual razão encaminharam tal situação para esse CAPS. Sentamos, discutimos e fazemos uma visita institucional. Foi feito isso em relação à coordenação de ensino especial da Secretaria de Educação, e a partir daí o pessoal pediu para que participássemos de um seminário de capacitação interna. Essa é uma das formas que a gente tá tentando construir um trabalho em rede, não sei se é a melhor alternativa, a gente avalia algumas coisas como positivas, outras que parecem que não estão caminhando muito bem, mas eu acho bacana o fato de alguma coisa estar sendo feita (E5).

Observa-se aqui uma tentativa de efetivar um trabalho mais abrangente dos CAPS e a atuação desse profissional de Psicologia se amplia, pois ele se propõe a buscar condições para a realização de um trabalho com características psicossociais envolvendo a reinserção, a complementariedade dos serviços e o acesso dos usuários a essas instituições.

O mesmo profissional relata que em relação às outras instituições de saúde como está sendo o diálogo com a rede:

Está engatinhando, tem alguns casos isolados, pontuais, não é algo estruturado, sistematizado. É algo que está sendo construído. Existem alguns profissionais que abraçam a causa na instituição, fazem o trabalho realmente como deve ser, e alguns momentos quando esses profissionais saem, o trabalho se quebra, porque tem alguns profissionais que não querem trocar. (E5).

Destaca-se que nesse contexto de atuação na rede os psicólogos apontam que em muitos momentos essa perspectiva só se concretiza com o auxílio de determinados profissionais em outras instituições que possibilitam a comunicação para a efetivação desse trabalho.

Um ponto que merece destaque é que entre os psicólogos entrevistados poucos demonstraram compreender na prática como ocorre um trabalho sistematizado das redes de saúde e intersetorial no território. A maioria cita a importância do trabalho, principalmente apontando a necessidade de descentralizar a demanda do CAPS, que tem crescido consideravelmente. Apenas dois entrevistados se referem ao trabalho em rede como política pública que deve ser contínua, a fim de realizar um atendimento mais efetivo ao usuário da saúde mental. A maioria dos entrevistados refere-se ao trabalho em rede como comunicação com outras instituições, a fim de ampliar o atendimento ao usuário, porém tratam dessa perspectiva como ações pontuais que devem ser desenvolvidas quando houver a necessidade de um usuário especificamente.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a inserção e atuação da Psicologia na rede de saúde mental de Porto Velho foi o objetivo principal da pesquisa. Porém, para conseguir tal compreensão foi imprescindível investigar de que maneira a rede de saúde mental da cidade está estruturada, buscando a compreensão do cotidiano das instituições de saúde mental, bem como as ações das gestões no âmbito municipal e estadual da saúde mental para a manutenção, ampliação e possíveis melhorias dessa rede.

Observou-se nesse percurso da pesquisa, a partir das informações obtidas nos relatos dos entrevistados, que existem algumas questões consideradas como desafios para que haja melhores perspectivas do funcionamento da rede de saúde mental, bem como a atuação da Psicologia nesse âmbito, entre os quais se destaca:

- estruturação de uma rede de saúde a contento da demanda realizando a intersetorialidade;
- necessidade de uma formação mais ampla para os profissionais que atuam na saúde, em especial os de Psicologia, foco dessa discussão;
- reorganização da porta de entrada da urgência psiquiátrica;
- redefinição dos atendimentos pautados na lógica territorial.

A partir desses desafios elencados serão apresentadas algumas considerações nesse sentido. Em relação à estruturação da rede de saúde mental, ainda há uma defasagem para a necessidade e demanda que a cidade abarca. Cabe destacar a dificuldade de se configurar o atendimento da urgência psiquiátrica, que até a finalização desta pesquisa, não possuía leitos específicos para tal demanda no hospital designado para realizar esse atendimento. Além desses aspectos, as instituições de saúde mental, CAPS e ala psiquiátrica do Hospital de Base, mostraram-se desarticuladas entre si sem comunicação efetiva ou realização de ações conjuntas visando à melhoria do atendimento ao usuário. Tal situação configura o funcionamento em rede, ainda como uma prática pouco estruturada, marcada por ações pontuais, visando resolver situações específicas.

Não há protocolos institucionalizados para a comunicação entre as instituições e a interação com a atenção básica ainda é defasada e apontada pelos profissionais entrevistados como prioritário para solucionar, uma vez que a rede básica representa a porta de entrada da rede de saúde.

Ressalta-se que quatro equipes de NASF foram implantadas em Porto Velho, fato que pode ampliar essa comunicação, uma vez que o NASF constituído por uma equipe, na qual

profissionais de diferentes áreas, incluindo os psicólogos atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes da ESF. (BRASIL, 2009b). Por razões já mencionadas a atuação da Psicologia no NASF não foi incluída nesta pesquisa, entre elas o pouco tempo decorrido desde a sua implantação, em função desse fator, se desconhece o alcance dessa prática na realidade local.

É notória a inserção dessas equipes na rede para uma possível estruturação no sentido da resolutividade dos problemas relacionados à saúde mental, mas observou-se uma rede em formação, com perspectivas de melhorias nas estratégias de cuidado, em relação à atenção básica, por exemplo, com a implantação do dispositivo NASF.

Contudo parece que ainda há um longo percurso a caminhar para que a rede se estruture como tal, de acordo com as características de funcionalidade dessa perspectiva, conforme discutido na seção 2 desta dissertação.

Tal afirmação não pode ser descontextualizada, por tal razão, apontaram-se as características de Porto Velho ressaltando sua constituição política, social, territorial entre outras. Porém, apesar dos pontos dificultadores que existem muitos deles já poderiam ter sido sanados pela gestão pública e, por vezes, pelos próprios atores institucionais envolvidos nessa rede.

Em relação à atuação da Psicologia na rede, pode-se destacar que as práticas exercidas por esses profissionais são de pequeno alcance, pois se limitam, em sua maioria, aos atendimentos nas instituições, não realizando ações no sentido da inserção e cuidado do usuário no território no qual ele vive. Exemplo dessa característica é a atuação dos psicólogos, em um dos CAPS pesquisados, ser limitada aos atendimentos de psicoterapia individual. Por outro lado, existem profissionais que atuam em grupos, realizam visitas domiciliares e institucionais, buscam dialogar com a rede intersetorial, apesar de se esbarrarem em alguns momentos com as limitações das próprias dinâmicas institucionais e da formação acadêmica.

As práticas nessas instituições realizadas por esses profissionais variam de acordo com os protocolos de cada instituição, e em alguns casos, de acordo o protocolo criado pelo próprio profissional, por não haver discussões entre a equipe acerca da atuação interdisciplinar.

Entre as questões que são levantadas, pelos próprios profissionais, como entrave para que a sua atuação possa ser ampliada ou até mesmo modificada, destaca-se a formação acadêmica. A discussão sobre a formação desses profissionais prevalece como uma situação que necessita de mudanças. Observou-se que inclusive os psicólogos formados recentemente,

(após 2009), consideraram a formação ainda defasada e descontextualizada para atuação nas instituições de saúde mental. Apenas os psicólogos que se inseriram em projetos de extensão, iniciação científica, ou que realizaram estágios curriculares nos CAPS conseguiram se beneficiar de uma visão mais ampla sobre atuação da Psicologia. Portanto, salienta-se que a realidade da atuação da Psicologia, no âmbito local pesquisado, não difere de muitos relatos encontrados em pesquisas realizadas em outras regiões do Brasil, e a reorientação da formação desses profissionais é uma necessidade.

Em relação à formação continuada para atuação nas instituições de saúde mental há dificuldades apontadas pelos psicólogos entrevistados. Alguns apontaram a dificuldade em conseguir recursos junto à gestão pública para a realização de cursos, ou de atualizações na área, e essa formação acaba ficando por conta do próprio profissional que se interessar em buscar novas informações e conhecimentos para sua atuação. Sobre essa situação, ressalta-se que na região Norte a oferta de cursos de pós-graduação, ou atualização na área de saúde mental, ainda é restrita, levando os profissionais a terem que se deslocar para realizarem cursos ou participarem de eventos em outras regiões do país.

As instituições pesquisadas são marcadas pela grande demanda de serviços, ao mesmo tempo em que faltam recursos humanos e estrutura física adequada. Queixam-se também da falta de planejamento de ações no cotidiano das instituições. Dizem que atuam executando “serviço de bombeiro, apagando incêndio”, como relatou um profissional entrevistado. (E11).

Observa-se que Porto Velho está em pleno desenvolvimento e, com isso, aparecem necessidades em muitos setores, que carecem de um melhor planejamento por parte dos gestores públicos. Embora haja a compreensão a cerca das peculiaridades regionais, como a escassez de alguns profissionais na região, e a falta de acesso a algumas tecnologias de cuidado, entende-se que esses fatores não podem servir de justificativa para que a situação da saúde fique estática, sem movimentos de mudança e melhorias. Salienta-se que isso não depende somente da gestão pública, mas também dos profissionais envolvidos e da população em geral como prevê o SUS em um dos seus conceitos organizativos: participação popular.

Há também a responsabilidade das universidades em formarem profissionais comprometidos com as questões sociais e preparados para atuarem nas instituições sejam de saúde ou em outros setores, conhecendo não somente as legislações que as regem no nível nacional, mas também a realidade local, levando em consideração suas necessidades, no intuito de cumprir o princípio da equidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

_____. **Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese-Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. **Decreto 24.559**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=24559&tipo_norma=DE C&data=19340703&link=s>. Acesso em: 05 maio 2011.

_____. **Lei 4.119/62 de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. 2008. Disponível em: <http://www.crpasp.org.br/a_orien/legislação/normatização/leis/fr_fed_lei4199>. Acesso em: 22 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde/Dinsam. I Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 out. 2010.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 05 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836>. Acesso em: 16 out. 2011.

_____. **Lei 10.216** de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 189 de 20 de março de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1070384279.html>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

_____. **Portaria Interministerial 421 de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html>. Acesso em: 25 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3089 de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS). Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111470-portaria-no-3089-de-23-de-dezembro-de-2011.html>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 20 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 854 de 22 de agosto de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/114783-854.html>>. Acesso em: 20 set. 2012.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: CAMPOS, R. O. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA-CFP. I Fórum Nacional de Psicologia e Políticas Públicas. **Relatório Final**. Brasília, 2006.

_____. **Jornal do Federal**, ano XXIV, n. 106, p. 32-33, Brasília, 2013.

DAÚD JUNIOR, N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: BOARINI, M. L. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2011.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, Assis, SP: UNESP, 2007.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática e o campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. T. C. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, p. 1- 10, 2009. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/21_Magda_dimenstein.pdf. Acesso em: 05 mar. 2011.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 232-245, 2012.

FERRAZ, F. C. **Andarilhos da imaginação**: um estudo sobre os loucos de rua. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: FAPEMIG, 2011.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, L. G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOMES, E. **Conhecimentos regionais**: história de Rondônia. Porto Velho: Primmor Formulários Gráficos da Amazônia, 2008.

GUARESCHI et al. A psicologia e a formação profissional da saúde para o SUS: um estudo a partir dos currículos de cursos de psicologia do Rio Grande do Sul. In: GUARESCHI et al. **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDUPCRS, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 15 jun. 2013

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental. In: BOARINI, M. L. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2011.

_____. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes**: ressonâncias da reforma psiquiátrica. 2003. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Campinas, 2003.

MARTINHO, C. **Redes**: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. 2. ed. Brasília: WWF-Brasil, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. A emergência do SUS e as necessidades de reconfigurações no mundo do trabalho em saúde. In: GUARESCHI et al. **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDUPCRS, 2010.

PEREIRA, L. M. F.; RIZZI, H. J.; COSTA, A. C. F. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: LANCMAN, S. (Org.) **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008.

POLÍTICAS de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Direção: Renato Tapajós. Produção: Tapiri Cinematográfica. Roteiro: Renato Tapajós. 2006. Documentário. 60 min. Vídeo.

SANTOS, M. **O País Distorcido**. São Paulo: Publifolha, 2002.

SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional Psi na saúde pública: configurações e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. (Org.). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TEIXEIRA, M. A. D.; FONSECA, D. R. **História regional: Rondônia**. Porto Velho: Rondoniana, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3 p. 507-514, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2006. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXOS



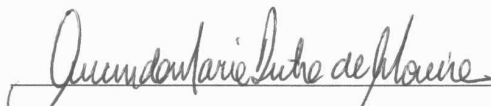
Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde – CEP/NUSAU

Porto Velho, 08 de junho de 2012
Carta 022/2012/CEP/NUSAU
Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Para: Silvana Viana Andrade
Assunto: Parecer Ético

Informo-lhe que o projeto de pesquisa de sua autoria "*A rede de atendimento em saúde mental de Porto Velho e a atuação da psicologia: desafios e perspectivas*" **foi aprovado** em reunião do Comitê de Ética realizada em 08/05/2012. Por consequência, o estudo poderá ser imediatamente iniciado.

Outrossim, esclareço ainda que este Comitê deve ser informado do andamento da investigação, bem como receber cópia do relatório final em meio digital, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,


Prof.^a Ms. Lucinda Maria Dutra de S. Moreira
Coordenadora/Portaria 260/GR/2010
Prof. Ms. Lucinda M. Dutra de S. Moreira
Comitê de Ética em Pesquisa NUSAU/UNIR
Coord. Port. 260/GR/2010

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Silvana Viana Andrade, sou aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado), da Universidade Federal de Rondônia, sob orientação do prof. Dr. José Juliano Cedaro e estamos realizando uma pesquisa sobre a rede de saúde mental e atuação da Psicologia em Porto Velho.

Desta forma, viemos, por meio deste, solicitar sua participação nesta pesquisa colaborando respondendo algumas perguntas sobre a rede de saúde mental e sobre sua atuação na mesma.

Antes de responder pedimos atenção para os seguintes esclarecimentos:

- As entrevistas serão individuais e gravadas em áudio, realizadas no local que você preferir. Tudo o que for gravado e o que você me disser serão mantidos sob sigilo, ou seja, não serão divulgados nomes, endereço ou qualquer informação que possa levar à sua identificação;
- Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, não precisando se justificar pela desistência;
- Esta pesquisa não oferece qualquer risco à sua vida ou à sua saúde;
- Se você se sentir desconfortável com qualquer pergunta, poderá deixar de respondê-la, sem apresentar justificativas;
- Esta pesquisa não tem vínculo com nenhum órgão do governo do estado de Rondônia.
- Informamos que você não receberá nenhum pagamento pela sua participação no estudo e não terá nenhuma despesa.
- Caso você tenha alguma dúvida sobre qualquer assunto da pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores nos telefones indicados abaixo e com o Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia (CEP/UNIR).

Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos, visando oferecer maiores informações sobre a constituição da rede de saúde mental de Porto Velho e a atuação do profissional de psicologia na mesma, podendo ser publicados em eventos ou outros veículos pertinentes, mas em nenhum momento seu nome será mencionado ou quaisquer outras informações que possam permitir sua identificação.

A sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa, mas a decisão de participar é sua. Certos de contarmos com a sua participação agradecemos e pedimos que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Silvana Viana Andrade
Contato: (69) 8453- 8457

José Juliano Cedaro
Contato: (69) 8122 - 0080

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, _____, após ter lido e discutido com a pesquisadora os aspectos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar voluntariamente da presente pesquisa e não ter recebido nenhuma forma de pressão para tanto. Declaro, também, ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Porto Velho, ____ de _____ de _____ .

Colaborador(a)

Ao
Secretário Municipal de Saúde de Rondônia

Sr. Secretário;

Meu nome é Silvana Viana Andrade, sou aluna do programa de Pós-Graduação em Psicologia (mestrado) da Universidade Federal de Rondônia, sob a orientação do Prof. Dr. José Juliano Cedaro. Estamos iniciando uma pesquisa intitulada: "A rede de saúde mental de Porto Velho e a atuação do psicólogo: desafios e perspectivas."

O objetivo da pesquisa é entender a constituição da rede de saúde mental de Porto Velho e a atuação do profissional de psicologia na mesma. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com os profissionais (coordenadores, psicólogos, gestores) que atuam nas instituições de atendimento em saúde mental, que voluntariamente se dispuserem a colaborar com a pesquisa, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (cópia em anexo)

Os aspectos éticos serão rigorosamente respeitados de acordo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

A autorização desta secretaria é de fundamental importância para que o projeto seja avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da UNIR. Caso concorde com esta proposta peço Vossa Senhoria que assine a autorização abaixo. Agradeço pela colaboração.

Cordialmente,


Silvana Viana Andrade

silvana_andrade@yahoo.com.br
Tel: 69 8453-8457/3321-2613

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da pesquisa: "A rede de saúde mental em Porto Velho e a atuação do psicólogo," conforme os termos acima descritos, nas instituições vinculadas à SEMUSA/RO.

Porto Velho, 29 de fev de 2012.


Wellington Pinheiro de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde

Ao
Secretário Estadual de Saúde de Rondônia

Sr. Secretário;

Meu nome é Silvana Viana Andrade, sou aluna do programa de Pós-Graduação em Psicologia (mestrado) da Universidade Federal de Rondônia, sob a orientação do Prof. Dr. José Juliano Cedaro. Estamos iniciando uma pesquisa intitulada: "A rede de saúde mental de Porto Velho e a atuação do psicólogo: desafios e perspectivas."

O objetivo da pesquisa é entender a constituição da rede de saúde mental de Porto Velho e a atuação do profissional de psicologia na mesma. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com os profissionais (coordenadores, psicólogos, gestores) que atuam nas instituições de atendimento em saúde mental, que voluntariamente se dispuserem a colaborar com a pesquisa, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (cópia em anexo)

Os aspectos éticos serão rigorosamente respeitados de acordo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

A autorização desta secretaria é de fundamental importância para que o projeto seja avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da UNIR. Caso concorde com esta proposta peço Vossa Senhoria que assine a autorização abaixo. Agradeço pela colaboração.

Cordialmente,


Silvana Viana Andrade

silvana_andrade@yahoo.com.br
Tel: 69 8453-8457/3321-2613

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da pesquisa: "*A rede de saúde mental em Porto Velho e a atuação do psicólogo*," conforme os termos acima descritos, nas instituições vinculadas à SESAU/RO.

Porto Velho, ____ de ____ de 2012.


Orlando José de Souza Ramires
Secretário Adjunto/SESAU

Orlando José de Souza Ramires
Secretário de Estado da Saúde/ADJUNTO

1-Roteiro de entrevista semiestruturada para os coordenadores dos CAPS

1) Identificação:

1.1 - Sexo

1.1.- Qual é e como foi a sua formação acadêmica? (ano, local, graduação, pós-graduação)

1.2- Há quanto tempo exerce a função de coordenador(a) do CAPS?

1.3- Já exerceu anteriormente algum trabalho na área de saúde mental?

2) Questões voltadas à Instituição:

2.1- Como você avalia o serviço prestado por este CAPS, considerando a lógica da reforma psiquiátrica?

2.2- Existe alguma limitação ou dificuldade no dia a dia da instituição na realização do trabalho? Como elas afetam o serviço prestado pelo CAPS?

2.3- Como você avalia o trabalho da equipe técnica do CAPS?

2.4- Em relação ao trabalho dos psicólogos, qual a função exercida por eles na instituição? Como você avalia o trabalho deles?

2.5- Há algum trabalho realizado pelo CAPS de integração ou comunicação com os demais CAPS e instituições de saúde mental? E com outras instituições de saúde e com os demais segmentos?

2.6- Como você avalia a demanda e a capacidade de atendimento deste CAPS?

2.7- Em relação ao poder público, como você avalia a comunicação, e a atuação em relação a este CAPS e à saúde mental no geral?

2-Roteiro de entrevista semiestruturada para os psicólogos das instituições de saúde mental de Porto Velho

1) Identificação:

1.1 - Sexo

1.2 - Qual é e como foi a sua formação acadêmica? (ano, local, graduação, pós-graduação)

1.3 - Há quanto tempo exerce a função de psicólogo(a) do CAPS?

1.4 - Já exerceu anteriormente algum trabalho na área de saúde mental?

2) Questões voltadas à Instituição:

2.1- Há quanto tempo atua nesta instituição?

2.2 - Como você compreende o papel desta instituição?

2.3 - Qual é sua carga horária?

2.4 – Como e quais são as atividades desenvolvidas por você nesta instituição?

2.5 - Possui algum outro vínculo empregatício? Se sim, onde e qual a carga horária?

2.6 – Como são realizadas as reuniões em equipe neste CAPS?

2.7 - Identifica alguma dificuldade para atuar nesta instituição? Se sim, em sua opinião como poderia saná-la?

2.8 – Como você avalia o relacionamento com os demais membros da equipe da instituição, no que diz respeito ao trabalho em equipe?

2.9 - Existe algum trabalho abrangendo outras instituições (saúde, educação, cultura, ONGs ou comunidade), realizado pela equipe ou pelo próprio psicólogo?

2.10 – Como você compreende o trabalho em rede? Você identifica que essa instituição realiza um trabalho em rede?

3-Roteiro de entrevista semiestruturada para os gestores ou responsáveis pela saúde mental (estadual e municipal)

1)Identificação:

1.1 - Sexo

1.2 - Qual é e como foi a sua formação acadêmica? (ano, local, graduação, pós-graduação)

1.3 - Há quanto tempo exerce a função de gestor(a) de saúde mental?

1.4 - Já exerceu anteriormente algum trabalho na área de saúde mental?

2)Questões voltadas à Gestão/ Poder público

2.1- Como você avalia as instituições de saúde mental de Porto Velho?

2.2 - Em relação ao trabalho em rede, como você analisa as instituições de saúde mental de Porto Velho?

2.3-Quais as ações que o poder público tem feito para a avaliação da rede de saúde mental em Porto Velho?

2.4-Como se estabelece a comunicação destas instituições e o poder público?

2.4-Como você avalia a rede de saúde mental hoje nesta cidade? Ela é suficiente para atender a demanda? Existem propostas de ampliação?

2.5-Quais as dificuldades que você identifica neste trabalho? Como elas podem ser superadas? E os avanços?